

UNIVERSIDADE DE LISBOA



**A VULNERABILIDADE DO CUIDADOR INFORMAL
COMO FOCO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Maria de La Salette Nunes Ferreira

DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

2014

UNIVERSIDADE DE LISBOA



Com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



A VULNERABILIDADE DO CUIDADOR INFORMAL COMO FOCO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Maria de La Salette Nunes Ferreira

Sob Orientação Científica da Professora Doutora

Maria Antónia Miranda Rebelo Botelho Alfaro Velez

Sob Co-orientação Científica do Professor Doutor

José Joaquim Penedos Amendoeira Martins

DOUTORAMENTO EM ENFERMAGEM

2014

Agradecimentos

Sinto que todas as palavras são poucas para agradecer a presença, o estímulo e a motivação que muito precisei!

No entanto, expresso o meu agradecimento especial...

À Prof.^a Doutora Rebelo Botelho pela profundidade da sua reflexão e pelo modo acolhedor como sempre me recebeu e orientou nas várias etapas.

Ao Prof. Doutor Amendoeira pelos ensinamentos, esforço, dedicação e disponibilidade que permitiram a concretização da Tese.

Aos enfermeiros que sempre se disponibilizaram para identificar os cuidadores informais.

Aos cuidadores informais pela sua disponibilidade para participarem no estudo e pela forma acolhedora como me receberam no seu contexto.

À minha família pelo carinho, amizade, paciência, compreensão, ajuda preciosa, e por todas as privações de tempo e disponibilidade que a Tese exigiu.

Aos meus filhos pela compreensão das minhas ausências.

Ao meu marido pela presença consubstanciada em companheirismo genuíno, pela paciência, por nunca ter deixado de acreditar na concretização desta Tese, e também por apoiar e ajudar em tarefas concretas num verdadeiro trabalho de equipa.

A todos... muito obrigada!

Dedicatória

Aos meus filhos,
Leonor e Francisco.

"O espaço e o tempo não limitam os fios que nos ligam. O que parece à pessoa uma reviravolta do destino, de outra perspectiva, é um fio que é esticado... é o que sempre deveria ter sido.

Mesmo quando os fios parecem irreparavelmente gastos, nunca partem, não totalmente. E, às vezes, a ligação mais importante está no aqui... e agora!

(...) Se dois pontos estão destinados a tocar-se, o Universo encontrará sempre uma forma de estabelecer a ligação. Mesmo quando já não parece haver esperança, certos laços não podem ser quebrados. Definem quem somos... e quem podemos vir a ser. Através do espaço, do tempo... por caminhos que não conseguimos prever, a Natureza encontra sempre um rumo!"

Adaptado de Tim Kring, 2012

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AV's – Atividades de Vida

CAMI – Carers' Assessment of Managing Index

CASI – Carers' Assessment of Satisfactions Index

cf. – Confrontar

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

E – Entrevista

EACI – Escala de Avaliação do Cuidado Informal

ed. – Edição

Enf.^a – Enfermeira

et al. – E outros

f. – Folha

ICN – International Council of Nurses

L – Linha

n.º – Número

O – Observação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

p. – Página

pp. – Páginas

PaMVE – Padrão de Manutenção da Vulnerabilidade Ética

PrMVE – Processo de Manutenção da Vulnerabilidade Ética

Prof. – Professor

Prof.^a – Professora

S – Sujeito

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

RESUMO

A complexidade da vivência do cuidador informal, como promotor da qualidade de vida da pessoa idosa dependente, fá-lo perceber como insuficiente o suporte da rede formal. É, assim, fundamental dimensioná-lo como cliente dos cuidados de enfermagem.

Definindo como alvo o cuidador informal enquanto ser existencial e relacional, emerge o conceito de vulnerabilidade ética do cuidador informal como foco dos cuidados de enfermagem. A construção de uma matriz teórica interdisciplinar (Levinas, Rogers, Paterson & Zderad) permitiu-nos conceptualizar a vulnerabilidade enquanto sensibilidade ao outro e perspetivar o processo de cuidados como um encontro vivido entre o enfermeiro e o cuidador informal, numa interação entre pessoa-ambiente.

Tendo como finalidade propor uma teoria explanatória do cuidado de enfermagem na manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal, foi nosso objetivo compreender o processo mediante o qual o cuidador informal se mantém eticamente vulnerável na relação de cuidado à pessoa idosa dependente em ambiente domiciliário.

Em contexto domiciliário, foram envolvidos 10 cuidadores informais a residir na área geográfica do Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria. Recorrendo à Grounded Theory como método e como produto de pesquisa, as técnicas de recolha de dados foram a observação participante (descritiva e focalizada) e a entrevista em profundidade semi-diretiva, de acordo com Strauss & Corbin. Sobre o *corpus*, desenvolvemos procedimentos de microanálise num processo evolutivo de codificação aberta, axial e seletiva.

Dos resultados, salientamos o Padrão e o Processo de Manutenção da Vulnerabilidade Ética do cuidador informal. É através da comunicação intra e interpessoal que o cuidador informal expressa a manutenção da sua vulnerabilidade ética, e é através da forma intencional como pensa, sente e age que o mesmo a vivencia, dando significado ao Padrão. Tal identidade evolui num processo de construção do si-mesmo como instrumento do cuidado sob um conjunto de condições, estratégias e consequências. Neste processo, o Padrão é o apelo à abertura do enfermeiro para cuidar da vulnerabilidade ética do cuidador informal. Na teoria “Estar Eticamente Vulnerável” o enfermeiro é-com-o-outro, coexiste com o cuidador informal no tempo e espaço vividos desenvolvendo o processo de apreciação do padrão, de sincronização e de avaliação.

Palavras-chave: Cuidador Informal, Vulnerabilidade Ética, Processo de Cuidados de Enfermagem, Grounded Theory, *Estar Eticamente Vulnerável*.

ABSTRACT

The complexity of the experience of the informal caregiver, as a promoter of the quality of life of the dependent elderly, will perceive the support from the formal network as insufficient. It is, therefore, fundamental to be assessed as a client of nursing care.

Defined as a target the informal caregiver as an existential relational being, emerges the concept of ethics vulnerability of the informal caregiver as a focus of nursing care. The construction of an interdisciplinary theoretical matrix (Levinas, Rogers, Paterson & Zderad) allowed us to conceptualize vulnerability as sensitivity to others and place in perspective the care process as an encounter lived between the nurse and the informal caregiver, an interaction between person - environment.

With the aim of proposing an explanatory theory of nursing care in maintaining ethical vulnerability of the informal caregiver, our goal was to understand the process by which the informal caregiver remains ethically vulnerable in the care relationship of the dependent elderly person in a home environment.

In domestic context, were involved 10 informal caregivers residing in the geographical area of the Lezíria Health Center Group. Using the Grounded Theory as a method and as a research product, data collection techniques were of participant observation (descriptive and focused) and in-depth interviews semi-directive, according to Strauss & Corbin. About *corpus*, we developed microanalysis procedures in an evolutionary process of open, axial and selective coding.

From the results, we emphasize the Standard and the Maintenance Process of the Ethics Vulnerability of the informal caregiver. It is through the intra and interpersonal communication that the informal caregiver expresses the maintenance of its ethics vulnerability, and it is through the intentional way he thinks, feels and acts the same experience, that gives meaning to the Standard. This identity evolves on the construction process of the self, regarded as an instrument of care under a set of conditions, strategies and consequences. In this process, the Standard is the call for the opening of the nurse to take care of ethics vulnerability of the informal caregiver. In "Living Ethically Vulnerable" theory the nurse is-with-the-other, coexists with the informal caregiver in time and space experienced, developing the standard assessment, timing and evaluation process.

Keywords: Informal Caregiver, Ethics Vulnerability, Process Nursing Care, Grounded Theory, *Living Ethically Vulnerable*.

ÍNDICE

	f.
CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	1
PARTE A – A VULNERABILIDADE DO CUIDADOR INFORMAL COMO INTERPELAÇÃO ÉTICA	7
1 – A SENSIBILIDADE E A EXPOSIÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL AO OUTRO NA RELAÇÃO DE CUIDADO	8
1.1 – O SENTIDO DO CUIDADO INFORMAL: UM MODO DE SER-PARA-O-OUTRO	11
2 – A VULNERABILIDADE DO CUIDADOR INFORMAL COMO FOCO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	14
PARTE B – A GROUNDED THEORY COMO MODO DE INVESTIGAR	17
1 – O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO DE UMA REALIDADE SOCIAL	18
1.1 – PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE DADOS	22
1.2 – PROCESSO DE TRATAMENTO E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	32
2 – O RIGOR CIENTÍFICO DO ESTUDO	37
PARTE C – O PADRÃO E O PROCESSO DE MANUTENÇÃO DA VULNERABILIDADE ÉTICA DO CUIDADOR INFORMAL .	40
1 – O PADRÃO: EXPRESSÃO E SIGNIFICAÇÃO	41
1.1 – O ROSTO: A PRESENÇA DO CUIDADOR INFORMAL NA RELAÇÃO DE CUIDADO	42
1.1.1 – Comunicação Intrapessoal	43
1.1.2 – Comunicação Interpessoal	54

	f.
1.2 – O CORPO: O AMBIENTE DE DESENVOLVIMENTO DE CUIDADOS	61
1.2.1 – Razão	64
1.2.2 – Emoção	70
1.2.3 – Ação	75
2 – O PROCESSO: A CONSTRUÇÃO DO SI-MESMO COMO INSTRUMENTO DO CUIDADO	87
3 – A TEORIA: ESTAR ETICAMENTE VULNERÁVEL... SER COM O OUTRO NA CONSTRUÇÃO DA LINGUAGEM E DO SENTIDO	94
3.1 – APRECIÇÃO DO PADRÃO UNITÁRIO	96
3.2 – SINCRONIZAÇÃO	100
3.3 – AVALIAÇÃO	103
4 – CONCLUSÃO	106
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
ANEXOS	124
ANEXO I – Síntese dos resultados da Revisão Sistemática da Literatura	125
ANEXO II – Cronograma global do Processo de Investigação	127
ANEXO III – Autorização do Diretor Executivo do ACES para a operacionalização do estudo	129
ANEXO IV – Termo de Consentimento Informado	131
ANEXO V – Guião de Observação Participante Descritiva	133
ANEXO VI – Guião de Entrevista	136
ANEXO VII – Guião de Observação Participante Focalizada	138
ANEXO VIII – Nota de Codificação Aberta	141
ANEXO IX – Nota de Codificação e Nota Teórica	145
ANEXO X – Nota de Codificação Axial	152

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

	f.
Diagrama n.º 1 – O Rosto do Padrão de Manutenção da Vulnerabilidade Ética do Cuidador Informal	43
Diagrama n.º 2 – Atributos que definem como, através da “Comunicação Intrapessoal”, o Cuidador Informal expressa o Padrão de Manutenção da Vulnerabilidade Ética	53
Diagrama n.º 3 – Atributos que definem como, através da “Comunicação Interpessoal”, o cuidador informal expressa o Padrão de Manutenção da Vulnerabilidade Ética	60
Diagrama n.º 4 – O Corpo do Padrão de Manutenção da Vulnerabilidade Ética do Cuidador Informal	64
Diagrama n.º 5 – Atributos que definem como a “Razão” dá sentido ao Padrão de Manutenção da Vulnerabilidade Ética do Cuidador Informal	70
Diagrama n.º 6 – Atributos que definem como a “Emoção” dá sentido ao Padrão de Manutenção da Vulnerabilidade Ética do Cuidador Informal	75
Diagrama n.º 7 – Atributos que definem como a “Ação” dá sentido ao Padrão de Manutenção da Vulnerabilidade Ética do Cuidador Informal	85
Diagrama n.º 8 – A Identidade do Cuidador Informal que Está Eticamente Vulnerável na Relação de Cuidado	87
Diagrama n.º 9 – O Processo Identitário do Cuidador informal que Está Eticamente Vulnerável na Relação de Cuidado	92
Diagrama n.º 10 – O Modelo “Estar Eticamente Vulnerável”	96

ÍNDICE DE FIGURAS

	f.
Figura n.º 1 – O contexto investigativo	6
Figura n.º 2 – A vulnerabilidade do cuidador informal como foco dos cuidados de enfermagem	16
Figura n.º 3 – Natureza construtivista e simbólica do Processo de Manutenção da Vulnerabilidade Ética como realidade social	20
Figura n.º 4 – Desenho do Estudo	22
Figura n.º 5 – <i>Locus</i> da Observação Participante Descritiva	26
Figura n.º 6 – <i>Locus</i> da Observação Participante Focalizada	32
Figura n.º 7 – Rigor científico do estudo	39

ÍNDICE DE QUADROS

	f.
Quadro n.º 1 – Caracterização genérica dos sujeitos do estudo	30
Quadro n.º 2 – Síntese dos conceitos induzidos/deduzidos	35
Quadro n.º 3 – Pressupostos e Indicadores Empíricos que teorizam o PaMVE do Cuidador Informal	97
Quadro n.º 4 – Proposições que teorizam o PaMVE do Cuidador Informal	100
Quadro n.º 5 – Pressupostos e Indicadores Empíricos que teorizam o PrMVE do Cuidador Informal	101
Quadro n.º 6 – Proposições que teorizam o PrMVE do Cuidador Informal	103
Quadro n.º 7 – Pressupostos e Indicadores Empíricos que teorizam o PrMVE do Cuidador Informal (Continuação)	104
Quadro n.º 8 – Proposições que teorizam o PrMVE do Cuidador Informal (Continuação)	105
Quadro n.º 9 – Modo como o cuidador informal vivencia a prestação de cuidados enquanto experiência gratificante	126
Quadro n.º 10 – Cronograma global do Processo de Investigação	128
Quadro n.º 11 – Guião de Observação Participante Descritiva	134
Quadro n.º 12 – Guião da Entrevista	137
Quadro n.º 13 – Guião de Observação Participante Focalizada	139

CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Tendo como opção profissional os Cuidados de Saúde Primários (CSP), e desenvolvendo o percurso profissional na comunidade, continuamos convictos de que estes são o primeiro nível de contacto com o Sistema Nacional de Saúde, levando os cuidados tão próximo quanto possível aos locais onde as pessoas vivem. Atualmente, os CSP continuam em posição de destaque na agenda global da saúde e, neste contexto, segundo o International Council of Nurses (2008) a Enfermagem Comunitária desempenha um papel fundamental para que se atinja o acesso universal e melhor saúde para a população mundial.

Tal premissa aplica-se à problemática do envelhecimento demográfico que, não sendo um problema novo, apresenta-se com novas roupagens e novos contornos. Especificando o contexto de cuidados no envelhecimento demográfico como fenómeno social efetivo, Lage (2007) refere que a crise do sistema de saúde e de proteção social no decurso das duas últimas décadas, dá novamente aos cuidadores informais a responsabilidade dos cuidados como complemento da ação do Estado, permitindo às pessoas idosas, em situação de dependência, continuarem a viver no seu ambiente, sendo “o conhecido” para muitas delas o mais importante de tudo o que possuem.

Redescobre-se, assim, a relevância do cuidador informal em ambiente domiciliário enquanto promotor de qualidade de vida da pessoa idosa dependente, sendo este conceptualizado, neste estudo, como qualquer elemento da rede social da pessoa em situação de dependência (familiares, amigos, vizinhos...) que lhe presta cuidados regulares e não remunerados, na ausência de um vínculo formal ou estatutário (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006; Loureiro, 2009). (cf. Figura n.º 1, p. 6) ¹

Considerando estas problemáticas como desafios progressivos no nosso crescimento profissional, a visitação domiciliária tem sido potenciada como estratégia prioritária no cuidado à pessoa/família com dependência. Verificamos, no quotidiano da prestação de cuidados, que ser cuidador informal de uma pessoa idosa dependente é uma experiência muito complexa para o próprio cuidador, que implica uma constante definição

¹ Sempre que citamos um conteúdo deste relatório este é precedido de confrontar (cf.)

e redefinição das suas relações intra, inter e extra familiares, obrigações e capacidades, sendo caracterizada por uma enorme diversidade na forma como os cuidadores respondem às situações particulares.

Reconhecido o papel fundamental do cuidador informal em ambiente domiciliário, constitui um repto não só de âmbito político, como também para os profissionais de saúde, a oferta de estratégias de intervenção adequadas por parte da rede de apoio formal, para que os cuidadores informais estejam preparados para o exercício do seu papel, garantindo a sua participação no processo de tomada de decisão sobre os cuidados a prestar, assim como, ter em consideração o desenvolvimento de opções alternativas dirigidas a este grupo de pessoas (Stajduhar & Davies, 2005).

Num estudo efectuado por Wennman-Larsen & Tisheiman (2002) emerge a ideia de que o suporte que os familiares cuidadores dispõem por parte dos profissionais de saúde está muito centrado nas tarefas relacionadas com a prestação direta de cuidados à pessoa doente, existindo uma grande discrepância entre os recursos que, do ponto de vista teórico, são disponibilizados e os que são verdadeiramente mobilizados na prática.

Também o estudo de Petronilho (2013, p.182) evidencia existir um suporte muito insuficiente por parte da rede formal:

em muitas situações este fazer pela vida (referindo-se às tarefas diárias dos cuidadores) parece ser à custa de iniciativas individuais, provavelmente, em muitas situações por tentativa-erro, impostas pela necessidade de procura de respostas eficazes aos problemas com que se vão defrontando no dia-a-dia e para os quais não têm o suporte adequado.

Ainda no seguimento desta análise o mesmo autor (2013, p. 183) afirma que

os membros da família prestadores de cuidados demonstram uma insatisfação muito grande com a rede formal no contexto domiciliário, significando isso que não percebem o suporte adequado, e, ao invés, uma satisfação notória com a rede informal, constituída basicamente, pelos outros familiares com quem coabitam, os quais, em muitas situações, constituem o seu único recurso (...). (cf. Figura n.º 1, p. 6)

É, por isto, evidente a importância de uma preocupação permanente em dimensionar a problemática do cuidador informal, não apenas como parceiro, mas principalmente como cliente dos cuidados de enfermagem, tendo como alvo a pessoa no seu processo de saúde/doença.

Assim, a experiência dos cuidadores informais avaliada não como um fenómeno linear, mas sim um complexo de circunstâncias, de vivências, significados, respostas e recursos, que variam de acordo com cada pessoa, suscita a reflexão acerca dos aspetos específicos da pessoa cuidador informal.

Considerando os fenómenos de enfermagem relativos ao Ser Humano, distinguidos pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a abordagem da pessoa no seu percurso de saúde/doença deve atender não só aos aspetos físicos ou materiais, mas também existenciais, familiares, grupais e comunitários (OE, 2000).

Reforçando estes aspetos com os princípios da filosofia da Humanidade, o cuidador informal é, assim, uma entidade plural cuja resposta humana, no decorrer do cuidado que presta à pessoa idosa dependente, remete-nos para a valorização fundamental da sua essência enquanto pessoa, ou seja, do conjunto de particularidades que permitem ao cuidador informal reconhecer-se na sua espécie, a humanidade (Gineste & Pellissier, 2007).

Emerge, assim, um conceito alicerçado nas raízes da condição humana do cuidador informal na relação de cuidado à pessoa idosa dependente: a vulnerabilidade do cuidador informal. (cf. Figura n.º 1, p. 6)

O significado etimológico de vulnerabilidade como susceptibilidade de ser ferido tem assumido diferentes especificações de acordo com os contextos em que é enunciada e com a própria evolução da Bioética.

De acordo com Neves (2006), a enunciação da vulnerabilidade como princípio ético veio enriquecer conceptualmente o termo: a vulnerabilidade é reconhecida como condição universal do Homem. De função adjetivante, qualificadora de alguns grupos e pessoas, a vulnerabilidade passa a ser assumida como substantivo, descrevendo a realidade comum do homem; de característica contingente e provisória, passa a condição universal; de fator de diferenciação entre populações e indivíduos, passa a fator de igualdade entre todos.

A confluência dos dois sentidos que a noção de vulnerabilidade protagoniza (como característica e como condição) é testemunhada de forma excelente com a enunciação do “respeito pela vulnerabilidade humana” como princípio ético na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, da UNESCO, aprovada em Outubro de 2005, que ao afirmar que «a vulnerabilidade humana deve ser tomada em consideração», corresponde ao seu reconhecimento como traço indelével da condição humana, perspetivada como exposição permanente a ser ferida.

Neste sentido, a vulnerabilidade passa a ser uma atenção constante no plano da assistência clínica e das políticas de saúde, pois sendo irreduzível e inalienável, torna-se num processo humano, não podendo ser ultrapassada ou eliminada.

É no diálogo com o pensamento de Emmanuel Levinas que iremos aprofundar este conceito, de todo integrado na concepção de vulnerabilidade enquanto sensibilidade ao outro.

Ser vulnerável «é sofrer pelo outro, suportá-lo, estar em seu lugar, consumir-se por ele»; é anterioridade, condição de qualquer proximidade com o outro (Levinas, 1993, pp. 118-119). Na subjetividade levinasiana, centrada no significado do rosto humano, o eu é sempre posterior à alteridade, ou seja, é o outro que existe necessariamente antes do eu e que o chama à existência.

Para Levinas (1993) a subjetividade do sujeito, passividade radical do Homem, põe a claro a sensibilidade como atributo: a sensibilidade como abertura, como vulnerabilidade, constituindo o sujeito como vulnerável. «A abertura é o desnudamento da pele exposta à ofensa, (...) é a vulnerabilidade de uma pele que, para além de tudo o que se possa mostrar, na essência do ser pode expor-se à compreensão e à celebração» (Levinas, 1993, p. 118).

Neste sentido, a vulnerabilidade do cuidador informal não reflete a subjetividade apenas num plano ontológico, como sua identidade substancial ou natureza do ser humano, mas também no plano ético, como apelo a uma relação não violenta entre o cuidador informal e o outro: no face-a-face, situação originária da subjetividade, o cuidador informal sendo vulnerável, apresenta-se como resposta não violenta à eleição/chamamento do outro que o faz ser (Levinas, 1993).

Tendo como suporte este referencial ético, há um enriquecimento da humanidade do cuidador informal pois a sua vulnerabilidade, enquanto exigência ética, é perspectivada como uma oferta que os humanos deram uns aos outros no decurso das gerações e ao longo da evolução do seu desenvolvimento (Jacquard, 1987). Deste modo, é a vulnerabilidade ética do cuidador informal que suporta a relação de cuidado à pessoa idosa dependente e, conseqüentemente, a sua satisfação no cuidado.

Neste sentido, é a sensibilidade do cuidador informal às necessidades e capacidades da pessoa idosa dependente e a sua percepção de responsabilidade incondicional como ação moral ao chamamento da mesma, que suportam os atributos que caracterizam a satisfação percebida pelo cuidador informal: o amor e o reconhecimento à pessoa idosa, o respeito à vontade da mesma, o sentimento de dever cumprido, a maior aproximação à pessoa idosa e a satisfação das suas necessidades ou a melhoria do seu estado de saúde e a excelência do cuidado (McConaghy & Caltabiano, 2005; Figueiredo, 2007; Rolo, 2008; Santos, 2008; Andrade, 2009; Oliveira, 2009; Mestre, 2010; Sequeira, 2010). (cf. Anexo I)

Consideramos que, ao cuidar em enfermagem, olhamos para o cuidador informal como cliente, compreendemo-lo como um ser existencial e relacional, e devemos reforçar os aspetos positivos da sua vivência, enquanto recursos da capacidade de *empowerment* do mesmo, tendo como foco dos cuidados o que está na base de tudo isto, ou seja, a manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal.

Em Saúde, o conceito de vulnerabilidade é frequentemente utilizado na literatura científica, sendo que é partir da década de 80 que se intensificam os estudos que mobilizam o conceito na sua estrutura conceptual (Nichita, Bertolozzi, Takahashi, Fracoli, 2008). Na investigação em enfermagem o conceito de vulnerabilidade também é frequentemente utilizado não sendo, no entanto, adequadamente definido e não existindo consenso sobre o seu significado e utilização. Na revisão bibliográfica realizada sobre vulnerabilidade, nos últimos 10 anos, observou-se que a maioria dos estudos, que de alguma forma se referem ao termo, são relatos de investigação e poucos fazem discussões sobre vulnerabilidade na perspectiva teórica da produção de conhecimento sobre a sua definição ou conceptualização (Nichita, Bertolozzi, Takahashi, Fracoli, 2008).

De acordo com os mesmos autores (2008), muitos dos estudos em enfermagem tratam de vulnerabilidade referindo-se à dimensão do indivíduo, trazendo pouco ou nada à dimensão social, ou seja, às relações intersubjetivas entre os indivíduos. Para além disto, nestes estudos faz-se referência a pessoas que apresentam alguma alteração no processo saúde/doença relacionada com a vivência num determinado conjunto de condições. Neste sentido, o termo vulnerabilidade é definido como uma maior probabilidade de doença sendo que, não se distinguindo do conceito de risco, são usados em muitos estudos como sinónimos (Nichita, Bertolozzi, Takahashi, Fracoli, 2008).

Perante isto, a decisão de apresentar neste estudo a vulnerabilidade ética do cuidador informal como objeto de investigação justifica-se pela necessidade de olhar para o mesmo não só como alguém vulnerável, dando ênfase ao risco e à debilidade, mas também como pessoas que estão no mundo com os outros, em que o processo de construção enquanto seres humanos é contínuo e resultado de uma interação social.

Deste desafio emerge um nova incerteza que nos impulsiona para desenvolver um percurso de investigação que, numa perspetiva de enfermagem, nos dê respostas para enriquecer a conceção enquanto dimensão da disciplina. Este desafio exige investigar uma das áreas centrais do cuidar em enfermagem, isto é, os conceitos estruturantes da disciplina, pois a vulnerabilidade, sendo um conceito utilizado por outras, deve tomar um sentido diferente quando utilizado em enfermagem, designadamente na valorização do

saber da pessoa relativamente aos processos de vida (Amendoeira, 2006; Basto, 2009). (cf. Figura n.º 1, p. 6)

Neste sentido, integrando no processo de investigação o domínio da prática e a necessidade do saber empírico, temos como finalidade propor uma teoria explanatória do cuidado de enfermagem na manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal. Para tal, o estudo tem como objetivo compreender o processo mediante o qual o cuidador informal se mantém eticamente vulnerável na relação de cuidado à pessoa idosa dependente em ambiente domiciliário.

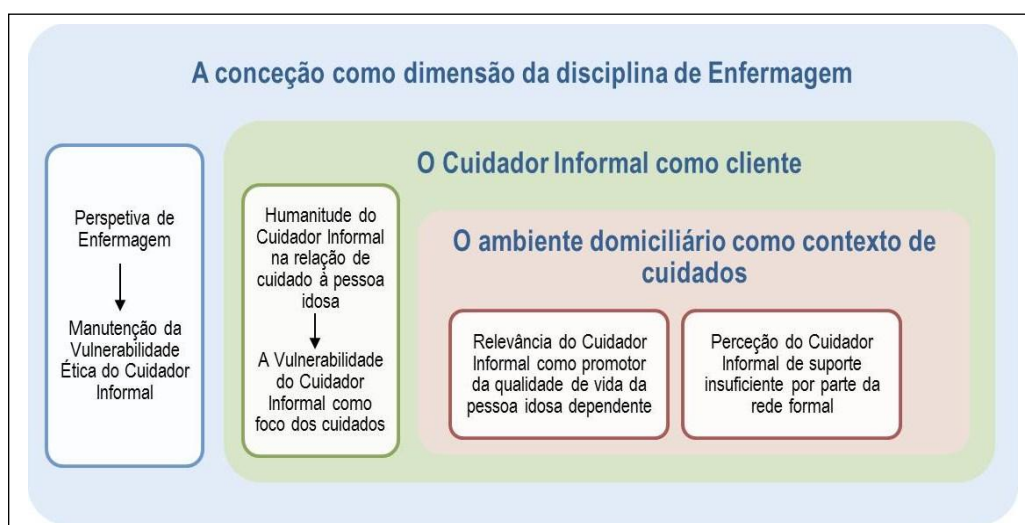


Figura n.º 1 – O contexto investigativo

Apresentando a investigação desenvolvida, este relatório está estruturado em três partes. Enquadrando a problemática no Paradigma da Transformação e no estágio do conhecimento construído (McEwen & Wills, 2009; Kérouac *et al.*, 2010), a parte A justifica a pertinência da pergunta de investigação ao constituir, através de uma análise teórica interdisciplinar da vulnerabilidade ética do cuidador informal, o quadro conceptual que suporta todo o processo de investigação.

A parte B descreve e fundamenta todo o processo metodológico de investigação, caracterizando a Grounded Theory como o modo de investigar uma realidade social.

A parte C, dando resposta às perguntas de investigação definidas, argumenta e fundamenta a construção dos saberes abstratos (Amendoeira, 2006), visando integrar e abstrair a teoria de médio alcance à medida que são analisados os resultados, com ênfase no padrão e no processo identitário da manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal. Abstrai-se a teoria construída integrando-a na categoria central – “Estar Eticamente Vulnerável... Ser com o outro na construção da linguagem e do sentido”.

**PARTE A – A VULNERABILIDADE DO CUIDADOR INFORMAL COMO
INTERPELAÇÃO ÉTICA**

1 – A SENSIBILIDADE E A EXPOSIÇÃO DO CUIDADOR INFORMAL AO OUTRO NA RELAÇÃO DE CUIDADO

O cuidador informal mantém e revela a sua existência na relação de cuidado. A existência do cuidador informal é um modo de ser específico, sendo o seu modo humano de ser na sua pluralidade e diversidade. Na sua existência, revela um sentido para a ação em todas as suas manifestações, referindo-se a significações particulares de acordo com as situações e os atores em presença. Revela uma disposição, um estado de humor que o posiciona num contexto e que, ao ligá-lo ao mundo e ao situá-lo na persistência das coisas e dos outros, projeta-o rumo à manutenção em existência, à manutenção da sua humanidade (Honoré, 2004).

Na sua coexistência, o cuidador informal ao procurar compreender a situação em que se encontra, a si e ao outro, abre o sentido ao cuidado e expõe-se, sentindo-se afetado na sua vulnerabilidade (Honoré, 2004).

Visando enquadrar conceptualmente a vulnerabilidade do cuidador informal como interpelação ética, iremos aprofundar o diálogo com o pensamento de Emmanuel Levinas refletindo a sua conceção do ser humano enquanto sujeito subjetivo.

A filosofia de Levinas instaura um novo humanismo, o humanismo do outro homem em que a natureza humana está na relação com o infinito: “dimensão divina que se abre a partir do rosto humano” (Levinas, 2000, p. 50).

Para Levinas (2000, p. 37) “o modo como o Outro se apresenta (...) chamamo-lo, de facto, rosto”. Na sua desmesura, desfiguração e precariedade o rosto do Outro surge como revelação da sua própria exterioridade e unicidade. Segundo Levinas (2000, p. 160) “o rosto, expressão por excelência, formula a primeira palavra” e, assim, impõe-se-nos, apresentando-se como “o ente por excelência” (2000, p. 240).

O Eu só se realiza respondendo ao Outro, pois é no rosto do Outro que o Eu percebe a sua identidade, acolhendo o Outro na sua unicidade. O rosto é alteridade porque exprime uma radical exterioridade, onde a relação com o Outro transcende e domina a subjetividade, pelo que a relação entre a subjetividade e a alteridade só é possível mediante a expressão do rosto (Levinas, 2005, 2000, 1993).

Neste sentido, o pensamento levinasiano instaura a Ética como filosofia primeira, resignificando a palavra Ética a partir de uma relação de transcendência com o Outro. A Ética levinasiana reconhece a alteridade absoluta do Outro, em que este é o interlocutor, chama o sujeito ao diálogo e afeta-o para que este encontre processos para responder ao apelo.

Para Levinas (1993), o sentido da Ética deve-se à situação constituída do encontro vivido com o rosto do Outro, em que este é um mandamento que me interpela: “a epifania do absolutamente Outro é rosto pelo qual o Outro me interpela e me dá uma ordem...” (Levinas, 1993, p. 49). O rosto é imposição que demanda e se apresenta como uma determinação, como alguém que, de forma concreta, ao suplicar uma resposta, rompe com o gozo frutivo do sujeito no mundo e promove a abertura que o convoca e o conduz para a relação ética face a face do um-para-o-outro (Levinas, 2005, 2000, 1993).

O rosto do outro impõe-se sem que o sujeito possa ser surdo ao seu apelo e, por isso, o sujeito não é apenas afetado pelo mundo vivido, mas fundamentalmente afetado pela alteridade humana que ocasiona a descrição da subjetividade ética do sujeito como sensibilidade (Levinas, 2005, 2000, 1993).

O ser-para-o-outro como sensibilidade ética da subjetividade realça o carácter fundamental da sensibilidade: a vulnerabilidade. Pela imediatez da exposição ao outro, que provoca uma abertura na interioridade do sujeito, a subjetividade está “desnuda além da pele, até ferida mortal” (Levinas, 2003a, p. 102). O eu vulnerável “está desnudado, exposto à afeção, (...) não aberto ao mundo que é sempre à medida da consciência, mas aberto ao outro que ele não contém” (Levinas, 2003b, p. 174).

No domínio da ética da alteridade de Levinas, a relação de cuidado informal é uma relação ética, uma relação face-a-face entre o cuidador informal (sujeito) e a pessoa idosa dependente (outro). O cuidador informal é interpelado e convocado a responder ao rosto da pessoa idosa que expõe a sua fragilidade e nudez na vivência da situação de dependência. Perante este mandamento, o cuidador informal é-para-o-outro, acolhe a pessoa idosa dependente na sua subjetividade ética, sendo-lhe sensível.

Esta sensibilidade impõe uma abertura, uma afeção, ou seja, uma vulnerabilidade que torna o cuidador informal refém da unicidade da pessoa idosa dependente, constituindo-se como condição fundamental para cuidar.

A entrega, o oferecimento e a doação ao outro, que revelam a subjetividade do sujeito enquanto vulnerável, são indissociáveis à proximidade do outro: “a vulnerabilidade é (...) proximidade do outro” (Levinas, 1993, p. 100). Para Levinas (2003a), proximidade é

a resposta à interpelação de cuidado por parte do rosto, é dizer “eis-me aqui”. A proximidade provoca na subjetividade a “saída de si, do si mesmo, graças à proximidade ao próximo” (Levinas, 2003a, p. 102).

“Na expressão um-para-o-outro o para é o modo como o homem aproxima o seu próximo, o modo pelo qual, com o outro, se instaura (...) uma relação de proximidade...” (Levinas, 2003b, p.172) que ocorre na pura passividade de um sujeito que tem a fruição interrompida pela própria exposição de si (o sujeito enquanto refém). Na proximidade, o Eu já é para o Outro antes da sua escolha.

Pensar a relação ética como uma relação de proximidade é pensar numa relação não recíproca entre o Eu e o Outro. Quanto mais o rosto se expõe em precariedade e pobreza, mais impõe obediência e obrigação para o sujeito, transparecendo a assimetria da relação ética. Com efeito, na relação face-a-face, emerge uma distância infinda entre as exigências ordenadas pelo outro e as responsabilidades assumidas pelo sujeito, de modo que, quanto mais o sujeito responde ao apelo, maior se torna a sua subjetividade como dívida em relação a outrem (Levinas, 2000, 1993).

Neste sentido, a relação com a alteridade exige não apenas uma resposta, mas responsabilidade: “sou responsável por outrem sem esperar recíproca (...). Precisamente na medida em que entre outrem e eu a relação não é recíproca é que eu sou sujeição a outrem (...). Sou eu que suporto tudo. (...) O eu tem sempre uma responsabilidade a mais do que todos os outros” (Levinas, 2005, pp. 90, 91).

A resposta moral não é um dever da razão, não é uma prescrição normativa, mas sim uma responsabilidade originária trazida pelo outro. A responsabilidade é vivenciada como um privilégio ético, como uma eleição, em que o sujeito é eleito antes de qualquer ato intencional, pois antes de poder escolher ele foi escolhido para ser o suporte do universo (Levinas, 1993).

A vulnerabilidade ética, ao revelar-se na subjetividade, é infinitamente constituída como responsabilidade, pois quanto mais responde, mais responsabilidades contrai: “a intimação exalta a singularidade precisamente porque se dirige a uma responsabilidade infinita. O infinito da responsabilidade não traduz a sua imensidade atual, mas um aumento da responsabilidade, à medida que ela se assume; os deveres alargam-se à medida que se cumprem” (Levinas, 2000, p. 222).

Esta é uma responsabilidade que eu não escolho, mas que me escolhe a mim, e que se impõe de forma incondicional, ou seja, antes de ser livre sou responsável pelo outro, antes de dizer eu tenho que responder à palavra que o outro me dirige (Levinas, 2000).

Sendo único e insubstituível no acolhimento e a sua resposta irrecusável, a dignidade do sujeito reconhece-se na presença de outrem, no respeito pelo mandamento do rosto, correspondendo a felicidade ao bem do outro. Ao tomar a responsabilidade pelo e para o outro, é no cuidado e na preocupação pelo bem do outro que o sujeito é feliz, fazendo com que o mandamento do rosto não exerça violência sobre si e não fira a sua liberdade: “(...) na expressão, o ser que se impõe não limita, mas promove a minha liberdade, suscitando a minha bondade” (Levinas, 2000, p. 179).

A abertura para o bem constitui o desejo e longe de associar o desejo como algo vazio ou angustiante, que visa superar as carências do sujeito, Levinas considera-o como elemento constitutivo da relação face-a-face de um-para-o-outro, pois incute no sujeito um movimento em direção ao bem perfeitamente desinteressado (Levinas, 2000). O desejo regista a bondade e a gratuidade no interior da subjetividade, provocando no sujeito a passagem ao outro, conduzindo-o para o acolhimento do outro, à dedicação ao outro e ao cuidado pela fruição do outro (Levinas, 2000). O desejo configura, assim, a subjetividade exposta, a vulnerabilidade como responsabilidade na proximidade do próximo, vivida de forma única na significação do um-para-o-outro, não destruindo a unicidade do sujeito mas constituindo-a.

Deste modo, na ipseidade ética, no acolhimento da alteridade sem fruição, o núcleo identitário da subjetividade altera-se, cedendo a sua interioridade ao próximo para substituir-se a outrem. Graças à proximidade e à responsabilidade que a constituem, a vulnerabilidade revela-se no movimento de substituição, isto é, na encarnação pelo padecimento do outro como modo de doar a sua própria pele ao próximo (Levinas, 2003a).

1.1 – O SENTIDO DO CUIDADO INFORMAL: UM MODO DE SER-PARA-O-OUTRO

Legitimando a intriga ética de proximidade e responsabilidade, importa enquadrar teoricamente o cuidado informal enquanto resposta ao apelo e mandamento do rosto da pessoa idosa dependente.

Honoré (2004) refere que o cuidado não significa apenas uma permanente preocupação em espírito, mas dita uma maneira de ser, conjugando uma atitude e um comportamento numa conduta, uma diligência face a uma pessoa. Fala-se então de «tomar cuidado». Nesta atitude, o sujeito que toma cuidado oferece ao outro a possibilidade de dispor da sua disponibilidade para cuidar. «Tomar cuidado» é uma exteriorização, a partir

da atenção dispensada ao outro e da preocupação que se tem com o seu bem-estar (Honoré, 2004).

Este conceito vai ao encontro da ética levinasiana, uma vez que a exteriorização defendida por Honoré na definição de cuidado, complementa-se e reforça-se com a conceção de vulnerabilidade do cuidador informal de Levinas.

Na passividade radical do cuidador informal, é atribuído ao cuidado que presta um sentido de acolhimento, pois substituindo-se à pessoa idosa dependente, este cuidador compadece e compartilha o seu sofrimento, agindo com bondade e gratuidade. Ao cuidar da pessoa idosa dependente, o cuidador informal, sob afeição da aproximação, sente-se imerso na responsabilidade e, não se colocando no lugar de alguém, nem assumindo a vida do outro, “sofre por outrem em jeito de expiação” (Levinas, 2003b, p. 196). Sentindo para o outro o sofrimento que ele sente, o cuidado informal é uma doação totalmente desinteressada do cuidador informal que, enquanto ser vulnerável, é refém daquele que recebe o cuidado.

A condição de refém que suporta o sentido do cuidado resulta da «conversão do eu em si» (Levinas 1993, p. 101) que ocorre no movimento de substituição de um-para-o-outro, que antecede o cuidado e que constitui o cuidador como vulnerável. O si é o eu-refém que se substitui a outrem.

Perante a alteridade e a exterioridade do eu, na relação de cuidado informal que é uma relação face-a-face, o si é a forma reflexiva do eu. “Para que a alteridade se produza no ser-si (...) é necessário um eu”, sendo que “a alteridade só é possível a partir de mim” (Levinas, 2005, p. 27). Perante isto, o mesmo autor (2005, p. 27) defende que “o mesmo, recolhido na ipseidade do eu (...) sai de si”.

Ricoeur (1990) também conceptualiza o si, referindo que esta resposta ao apelo do outro constitui a ipseidade do sujeito, ainda que a sua identidade tenha sofrido alterações na sua mesmidade. Este autor (1990) reforça que na relação de cuidado existe um processo de apropriação de si mediante o outro. Há uma pertença mútua do mesmo e do outro comportando-se o si-mesmo como um outro, “não no sentido de uma mera comparação entre dois sujeitos que descobrem algo de comum entre si, mas no sentido do si-mesmo enquanto um outro, como sendo, efetivamente, eu e outro, no si-mesmo” (Ricoeur, 1990, p. 14).

Esta substituição, que afirma não a singularidade do eu, mas a sua unicidade, está na génese do si-mesmo do cuidador informal e tem na sua essência a vulnerabilidade ética do mesmo (Levinas, 2003b; Ricoeur, 1990). Neste sentido, é a vulnerabilidade do cuidador

informal, enquanto interpelação ética, que permite acolher a pessoa idosa dependente numa autêntica relação intersubjetiva.

Sendo a vulnerabilidade do cuidador informal uma particularidade que reflete a sua essência humana, traduzindo-se como exigência ética na relação de cuidado à pessoa idosa dependente, esta revela-se um bem em si-mesmo já que o cuidado informal só é possível se o cuidador informal se deixar afetar pelo rosto da pessoa idosa, construindo um si-mesmo a partir daquilo que o feriu (Levinas, 1993, 2000, 2003a, 2003b, 2005; Ricoeur, 1990).

Enquanto fundador de novas perspetivas no desenvolvimento da vida e da perseverança na existência, o cuidado informal, conceptualizado no sentido do acolhimento e como resposta ao apelo do outro, revela a afeição a que se submete o cuidador informal e constitui-se a razão para a manutenção da sua vulnerabilidade ética.

2 – A VULNERABILIDADE DO CUIDADOR INFORMAL COMO FOCO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Partindo do pensamento filosófico que nos convidou a ver o não visível, o não imediato e, assim, nos permitiu compreender/reinterpretar de uma forma profunda o significado da vulnerabilidade do cuidador informal, urge refletir sobre o sentido da Enfermagem que dê visibilidade a uma concepção de cuidados iluminada pelo valor da dignidade humana, fundada nas condições de possibilidade da existência de outrem e na relação intersubjetiva entre quem cuida e quem é cuidado (Botelho, 2004).

Fundamentar o nosso cuidado no valor fundamental da pessoa, no que a faz essencialmente humana, e colocá-la no centro dos cuidados conferindo existência visível à sua experiência vivida, é uma exigência ética que se impõe a todos os profissionais de saúde (Botelho, 2004).

Neste sentido, tendo o cuidador informal como alvo e a sua vulnerabilidade como foco dos cuidados, as obras de Martha Rogers e de Josephine Paterson & Loretta Zderad serão a referência na construção da matriz disciplinar que orienta a prática e a investigação.

Num universo onde a presença e a abertura são condições, Rogers define a natureza humana do cuidador informal como um sistema aberto e unitário, num processo de vida dinâmico e contínuo de troca de energia, caracterizado pela integralidade entre si (campo humano) e o ambiente (campo ambiental) num domínio pandimensional (Rogers, 1990).

Esta abertura que consiste numa troca de energia contínua, é concretizada por Paterson & Zderad (2008) quando referem que o cuidador informal, enquanto ser-no-mundo-com-o-outro, coexiste com o enfermeiro e o cuidado de enfermagem é um encontro vivido, que tem por base a transação intersubjetiva que é desenvolvida na relação dialógica entre os seres do cuidado e com o ambiente de cuidado. (cf. Figura n.º 2, p. 16)

Sendo o encontro inter-humano a essência do processo de cuidados na Teoria de Enfermagem Humanística, a autenticidade deste encontro tem por base a aproximação entre os seres do cuidado que ocorre mediante a vulnerabilidade do cuidador informal que, enquanto modo de ser, constitui-se como apelo ao enfermeiro, e a abertura deste último para cuidar como resposta ao seu chamado (Paterson & Zderad, 2008).

Perante o chamamento e a resposta recíprocos, o encontro de cuidado é compartilhado existencialmente entre o ser que cuida e o ser que é cuidado, possibilitando o conhecimento de si e do outro para que, sem imposição nem decisão sobre a vida do outro, lhe sejam possibilitadas escolhas responsáveis e, juntos, se tornem mais por meio da relação (Paterson & Zderad, 2008).

É este processo de comunicação, em termos de chamamento e resposta, que Paterson & Zderad definem como relação dialógica, que se caracteriza por um diálogo de pensamentos, sentimentos e atitudes humanas (Paterson & Zderad, 2008).

Esta relação constitui, assim, uma transação intersubjetiva pois, ao retratar a presença genuína do enfermeiro e do cuidador informal no encontro de cuidado, envolve reciprocidade e sincronia no compartilhar de experiências e vivências no tempo e espaço vividos. Em sincronia, existe a interconexão do espaço de interação e do tempo interior de cada ser, ao aqui e agora, compartilhados por ambos na experiência de cuidar e ser cuidado (Paterson & Zderad, 2008). (cf. Figura n.º 2, p. 16)

O enfermeiro encontra-se efetivamente presente no tempo e espaço vividos do cuidador informal e a partir da convivência de percepções, vivências e experiências dos seres do cuidado, o enfermeiro procura conhecer-se a si e ao cuidador informal na sua singularidade e totalidade existencial. Respeitando a dimensão coexistencial do ser e valorizando a expressão da experiência de vida, o enfermeiro tem a possibilidade de ajudar-se a si e ao cuidador informal a desenvolver potencial humano e a obter, através da intersubjetividade do encontro de cuidado, o bem-estar e o estar-melhor (Paterson & Zderad, 2008).

Numa dimensão não linear, sem atributos espaciais ou temporais mensuráveis, à luz do modelo de Rogers e da teoria de Paterson & Zderad, cuidar da vulnerabilidade do cuidador informal implica dar uma resposta singular perante uma situação humana que se valoriza o ser como é, as suas potencialidades em ser mais, as suas possibilidades em estar-melhor, bem como o respeito pelas suas limitações em não-ser (Paterson & Zderad, 2008).

Neste processo de cuidados, em que o ser que cuida e o ser que é cuidado são componentes significativos, reconhece-se a complexidade do ser humano nas suas relações com o outro e com o mundo, para assim compreender o «é» e não o «porquê» da experiência e da vivência humana, na sua natureza, na sua condição humana, ou seja, o seu processo de vida como processo de ser mais, de tornar-se mais (Paterson & Zderad, 2008).

Deste modo, conceptualizada a Enfermagem que suporta a coexistência do cuidador informal na vivência da sua vulnerabilidade ética na relação de cuidado à pessoa idosa

dependente e que releva a importância do reconhecimento da complexidade de tal experiência de vida num processo humano-ambiente no desenvolvimento do processo de cuidados, surge a pergunta que suporta todo o processo de investigação:

“Como se caracteriza o processo de manutenção da vulnerabilidade do cuidador informal que lhe permite ser-para-o-outro na relação de cuidado à pessoa idosa dependente, em ambiente domiciliário?”

Resultante desta, surgem outras perguntas mais específicas:

- Como conceptualizar a manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal?
- Quais as condições que influenciam a manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal?
- Quais as estratégias desenvolvidas na manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal?
- Quais as consequências da manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal na relação de cuidado à pessoa idosa dependente em ambiente domiciliário?



Figura n.º 2 – A vulnerabilidade do cuidador informal como foco dos cuidados de enfermagem

PARTE B – A GROUNDED THEORY COMO MODO DE INVESTIGAR

1 – O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO DE UMA REALIDADE SOCIAL

Ultrapassada a fase de rutura, há que adequar o modo de investigar à natureza do objeto de estudo respondendo a questões processuais.

Partindo do quadro conceptual que suporta a investigação, consideramos que a vivência da vulnerabilidade ética integra especificamente a realidade social do cuidador informal.

A ética da alteridade de Levinas articula o sujeito e a sociedade, pois defende que “a deposição da soberania pelo eu é a relação social com outrem, a relação desinteressada do sujeito” (2005, p. 43). O mesmo autor (2005) reforça ainda que, diante da pluralidade de rostos únicos, a condição de refém do sujeito não se reduz a apenas um outro, mas a todos os outros que se aproximam do seu próximo.

Na sua coexistência humana, a realidade social do cuidador informal, não existindo fisicamente, é a dimensão do real que envolve a sua proximidade e responsabilidade, que surge a partir da interpretação contínua das relações sociais e das interações constantes que estabelece com o(s) outro(s) (Schütz, 2008; Berger & Luckmann, 2010).

Deste modo, a vulnerabilidade ética que constitui a natureza humana do cuidador informal, parte de um processo de consciência moral, não intencional, resultante da relação face a face, mas ao se manter num tempo e num espaço vividos, é percebida como realidade da sua vida quotidiana, como experiência social construída, pois é nas interações sociais do quotidiano que o cuidador informal proporciona as subjetivações necessárias para a relação com o outro (Levinas, 1993, 2005; Paterson & Zderad, 2008; Schütz, 2008; Berger & Luckmann, 2010).

Tendo em conta a natureza interpretativa da pergunta de investigação, o papel central do cuidador informal no processo de manutenção das suas interações e na interpretação das mesmas só poderá ser compreendido, em toda a sua amplitude e complexidade, desenvolvendo o processo de investigação no Paradigma Construtivista e segundo o referencial teórico do Interacionismo Simbólico. Neste sentido, a manutenção da vulnerabilidade ética, enquanto realidade social do cuidador informal, assenta na

integralidade entre o campo humano e o campo ambiental, marcada pela influência dos significados e símbolos sobre a interação humana.

O Paradigma Construtivista, cujos resultados da investigação são um processo de criação entre o investigador e os sujeitos, sustenta a procura do conhecimento científico sobre a manutenção da vulnerabilidade ética na relação de cuidado à pessoa idosa dependente, enquanto realidade social do cuidador informal, pois compreende o objeto de estudo como sendo uma realidade dinâmica, mentalmente construída, sujeita a múltiplas interpretações dependentes de um contexto específico, onde a subjetividade impera através da experiência social vivenciada pelo cuidador informal (Guba & Lincoln, 2005; Vygotsky, 2005).

Importa ainda referir que, no construtivismo, a noção de construção própria do ser humano, produzida no tempo, como resultado da interação entre o ambiente e a pessoa, suporta a perspetiva processual, sequencial da manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal, caracterizada pela modificação do modo de ser do cuidador que sofre afeção na relação de cuidado à pessoa idosa dependente em ambiente domiciliário.

O Interacionismo Simbólico enriquece esta visão pois, como corrente construtivista, ao centrar-se na natureza humana das interações sociais, conceptualiza os processos de interpretação como reguladores da ação, do comportamento humano, através da definição de significados que conferem uma simbologia presente na relação entre a pessoa e o ambiente (Blumer, 1986; Mead, 2007; Charon, 2009).

As experiências vivenciadas pelo cuidador informal, que caracterizam o processo de manutenção da sua vulnerabilidade ética, são conceptualizadas como simbólicas pois traduzem a utilização de um conjunto de significados, através de um processo de interpretação da mente. Tal processo de interpretação resulta do *self* de cada ator presente na relação de cuidado, ou seja, da ação psicológica (cognitiva e afetiva) e social em relação a si-mesmo como consequência da passagem do eu para o si (representação do outro incorporado no eu). (cf. Figura n.º 3, p. 20)

É de salientar que o carácter dinâmico das experiências sociais, no quotidiano do cuidador informal, torna-se uma fonte renovável de significados pois, ao suscitar-lhe uma constante construção do *self*, atribui-lhe a condição de agente de uma ação mental cuja natureza simbólica expressa significados diferentes, de acordo com a sua interpretação da realidade (Blumer, 1986; Mead, 2007; Charon, 2009). (cf. Figura n.º 3, p. 20)

O cuidador informal é, nesta perspetiva, um participante ativo e criativo no processo de manutenção da sua vulnerabilidade ética uma vez que, à medida que interage

na relação de cuidado à pessoa idosa dependente em ambiente domiciliário, desenvolve a capacidade mental para utilizar e manipular símbolos, condição fundamental para interagir com o outro, ao longo de um processo interpretativo na construção de significados que retratam uma intencionalidade na manutenção da sua vulnerabilidade ética.

Velez (2002, p. 118) reforça que a intencionalidade está intrinsecamente ligada ao mundo vivido, quando refere que “a nossa estrutura anatômica confirma a intencionalidade do corpo humano, a sua abertura originária ao mundo, mas é o nosso envolvimento no mundo que a define... é neste diálogo animado corpo-consciência-mundo que se manifesta a intencionalidade do corpo humano”.

Num processo cíclico, a interação social do cuidador informal na relação de cuidado torna-se simbólica quando sistematicamente é reconstruída e ajustada às ações do outro, a partir de cada experiência percebida como diferente, segundo os significados que, quer o cuidador informal, como o outro atribui à realidade. (cf. Figura n.º 3)

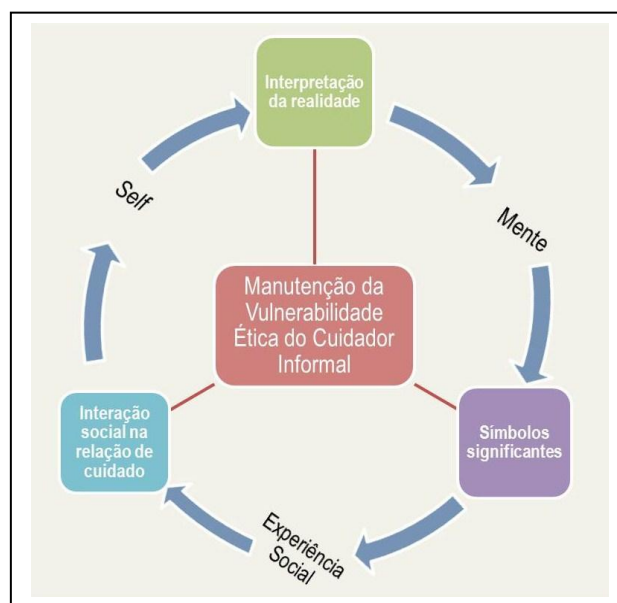


Figura n.º 3 – Natureza construtivista e simbólica do Processo de Manutenção da Vulnerabilidade Ética como realidade social

Tendo por base a natureza construtivista e simbólica do processo de manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal, a Grounded Theory é a metodologia de investigação que utilizamos para compreender o significado que o próprio atribui à realidade social que vivencia, a partir da linguagem simbólica apreendida do seu comportamento humano, durante a interação com o outro na relação de cuidado à pessoa idosa dependente em ambiente domiciliário.

Valorizando a subjetividade da experiência social, no cotidiano do cuidador informal, e a ausência de uma estrutura conceitual que suporte a manutenção da sua vulnerabilidade ética, recorreremos à Grounded Theory como método de pesquisa e como produto de pesquisa. Como método de pesquisa procura compreender o processo básico da interação e, assim, descrever e ordenar conceitualmente a manutenção da vulnerabilidade ética como realidade social do cuidador informal. Por outro lado, produto de pesquisa pois pretendemos construir sistematicamente uma teoria substantiva que emerge do processo de teorização, ou seja, construir um esquema lógico e explanatório do cuidado de enfermagem na manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal (Strauss & Corbin, 2008).

Enquanto investigadores principiantes na metodologia, todo o processo de investigação segue de forma diretiva, mas não dogmática, os procedimentos e técnicas de pesquisa definidos por Anselm Strauss e Juliet Corbin (2008), pois, tal como os autores defendem, tais procedimentos e técnicas constituem um conjunto de ferramentas que utilizamos de modo flexível e criativo, permitindo o nosso envolvimento e interação com os sujeitos, as práticas de pesquisa e, conseqüentemente, com os dados.

Sendo nós próprios instrumentos na colheita de dados, bem como na análise dos mesmos, desenvolvemos o processo de investigação como um processo auto-reflexivo e interpretativo, detentores de um pensamento crítico e criativo, a partir do qual construímos ciência e arte (Guba & Lincoln, 2005; Lessard-Hébert, 2008; Strauss & Corbin, 2008).

Neste equilíbrio e reciprocidade entre ciência e arte, que garantiu a padronização e o rigor no processo de teorização, fomos autênticos e intuitivos na análise da complexidade e variabilidade da ação humana; sensíveis e recetivos à compreensão da mesma com base no significado, sendo este definido e redefinido a partir da interação do cuidador informal; e adequados, objetivos e credíveis nas inter-relações entre condições (estrutura), ação (processo) e conseqüências (Guba & Lincoln, 2005; Lessard-Hébert, 2008; Strauss & Corbin, 2008).

Metodologicamente, esta conduta investigativa reflete-se no facto da colheita e análise dos dados ocorrerem em sequências alternativas através do desenvolvimento de dois processos complementares, o processo de construção e o processo de tratamento dos dados, pois o constante movimento de vaivém entre as fases de produção de dados e os diferentes tipos de codificação dos mesmos suporta a emergência da teoria a partir de comparações teóricas constantes. Assim, ao compararmos conceitos que surgem dos dados, à procura de outros similares ou diferentes para revelar possíveis propriedades ou dimensões, estimulamos o pensamento crítico e criativo, superando obstáculos analíticos

que obstruem a visão dos códigos significativos presentes nos dados (Strauss & Corbin, 2008). (cf. Figura n.º 4)

Neste sentido, todo o processo de investigação retratado no desenho do estudo releva o núcleo do processo de teorização, isto é, a interação entre o raciocínio indutivo (definição de conceitos, suas propriedades e dimensões a partir dos dados) e o dedutivo (interpretação do investigador), fazendo com que a colheita conduza à análise e a análise conduza à colheita até obter a saturação teórica e a densidade conceptual. (cf. Figura n.º 4)

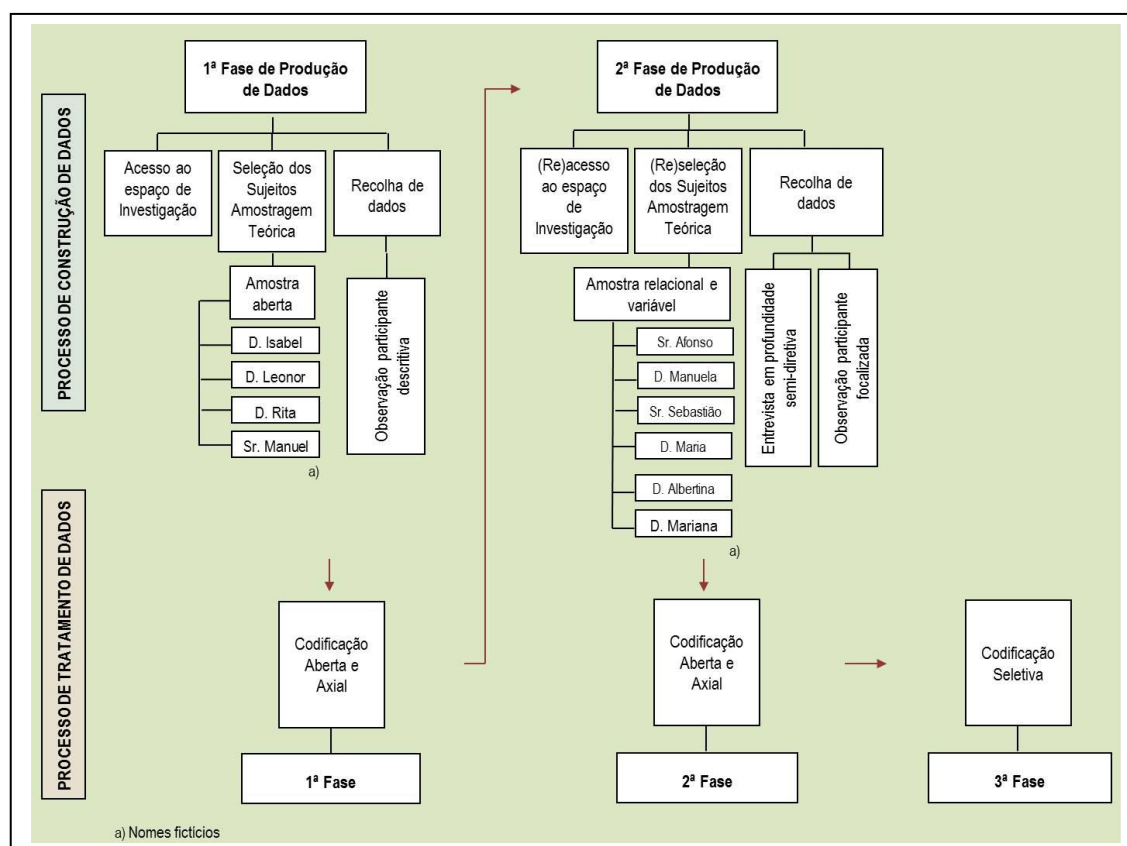


Figura n.º 4 – Desenho do Estudo

1.1 – PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE DADOS

A opção pelas técnicas qualitativas, no processo de construção de dados, permite-nos, no contexto natural da relação de cuidado à pessoa idosa dependente em ambiente domiciliário, registar de forma minuciosa a dinâmica interna do processo de manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal, ou seja, colher dados sobre o que os cuidadores informais experimentam e o modo como interpretam as suas experiências e

estruturam a realidade social em que vivem (Guba & Lincoln, 2005; Lessard-Hébert, 2008).

Precedente à operacionalização de tais técnicas foi selecionado, por amostragem intencional e casuística (Burgess, 2001), o anterior ACES XXII – Lezíria, da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, como o local de investigação. Não tendo a preocupação de que este fosse um local típico ou representativo, a amostragem espacial (Ghiglione & Matalon, 2006) teve como critérios: a facilidade de acesso, não só geograficamente mas também à própria equipa de enfermagem cujos contactos profissionais já estabelecidos eliminaram qualquer sentimento de intrusão; e a simplicidade, pois sendo um ACES constituído por 6 Unidades de Saúde (Almeirim, Alpiarça, Benavente, Chamusca, Coruche e Salvaterra de Magos) seria um aspeto facilitador, pela diversidade de realidades, encontrar sujeitos a incluir na amostra.

Neste processo social, o acesso ao espaço de investigação foi uma etapa fundamental na garantia da fiabilidade e validade dos dados a obter. (cf. Anexo II)

Tal acesso, que envolveu negociação e renegociação, consistiu em:

- realizar entrevistas aos Enfermeiros Chefe das diferentes Unidades de Saúde para apresentação do estudo e seleção das Unidades onde a Visita Domiciliária de Enfermagem era desenvolvida como uma estratégia organizada em que os enfermeiros responsáveis pela prestação dos cuidados de forma continuada tivessem, assim, um conhecimento efetivo dos seus utentes;
- elaborar o requerimento para obtenção de autorização do Diretor Executivo do ACES para a operacionalização do estudo; (cf. Anexo III)
- assegurar a obtenção do consentimento informado tendo por base as considerações éticas para com os sujeitos a selecionar. (cf. Anexo IV)

Consideramos que todo este processo de negociação decorreu com grande êxito, sendo de salientar que existiu uma grande receptividade e disponibilidade por parte dos enfermeiros e dos cuidadores informais, o que permitiu desenvolvê-lo sem receio e hostilidade, mas sim com simpatia, respeito e interajuda. Para além disto, todo o entusiasmo e desejo em cooperar demonstrado pelos mesmos fizeram-nos sentir uma grande segurança na pertinência do estudo, o que veio aumentar a satisfação e a vontade em prosseguir com o mesmo.

Perante isto, o acesso ao espaço de investigação foi constante nas duas fases de produção de dados, pois foram necessárias sucessivas negociações à medida que fomos

partilhando novos contextos e interagindo com diferentes pessoas. (cf. Anexo II) (cf. Figura n.º 4, p. 22)

● 1ª Fase de Produção de dados

Selecionadas as Unidades de Saúde de Alpiarça, Coruche e Chamusca como locais de investigação nesta fase de produção de dados, através de procedimentos de amostragem teórica foram selecionados 4 cuidadores informais. Sendo este o ponto de partida para a recolha de dados, e face à necessidade de se manter o processo de construção de dados aberto a todas as possibilidades garantindo maiores oportunidades para a descoberta, a seleção dos sujeitos do estudo foi conduzida a partir do enquadramento conceptual cuja vulnerabilidade ética é o único conceito com relevância teórica (Burgess, 2001; Strauss & Corbin, 2008).

Deste modo, nesta fase de produção de dados, os 4 sujeitos do estudo constituíram a amostra aberta (Strauss & Corbin, 2008), mediante os seguintes critérios:

- aceitação e motivação para participar no estudo;
- capacidade para testemunhar sobre a sua experiência, sendo suscetível de fornecer dados válidos e completos;
- tempo de prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente ≥ 1 ano, visando uma diversidade de experiências na vivência da realidade social;
- manutenção da vulnerabilidade ética na relação de cuidado à pessoa idosa dependente em ambiente domiciliário.

Relembrando a contextualização e o enquadramento teórico da investigação, salientamos que a vulnerabilidade ética enriquece a humanidade do cuidado informal e, por isso, é a manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal que suporta a relação de cuidado à pessoa idosa dependente, e consequentemente, a sua satisfação no cuidado. (cf. Anexo I)

Neste sentido, a garantia do critério de manutenção da vulnerabilidade ética no cuidador informal é a existência de satisfação na vivência do cuidado por parte do mesmo.

Sem pretensões estatísticas, a avaliação da satisfação do cuidador foi realizada através da aplicação da sub-escala de satisfação do cuidador, integrada na Escala de Avaliação do Cuidado Informal (EACI), adaptada e validada à população portuguesa por Martín, Paúl e Roncon (2001). A versão portuguesa é uma medida de auto-resposta em

formato de Escala de Likert de 5 pontos, sendo a sub-escala constituída por 5 afirmações, às quais o sujeito deve responder de acordo com o grau de concordância no seu caso (1 – Concordo Plenamente; 2 – Concordo; 3 – Não concordo, nem discordo; 4 – Discordo; 5 – Discordo Plenamente), obtendo uma pontuação final que oscila entre o valor mínimo de 5 e valor máximo de 25:

- [5; 10[→ Muita Insatisfação;
- [10; 15[→ Insatisfação;
- 15 → Nem insatisfação, nem satisfação;
-]15; 20] → Satisfação;
-]20; 25] → Muita Satisfação;

A pontuação final da sub-escala para cada um dos 4 cuidadores informais indicou que os mesmos sentiam muita satisfação em cuidar e, por isso, mantinham-se humanamente vulneráveis, cumprindo assim todos os critérios pré-estabelecidos. (cf. Quadro n.º 1, p. 30)

Enfatizando o acesso aos significados subjetivos que, em contexto natural, os cuidadores informais atribuem à interação com o outro e através dos quais constroem a sua realidade social, considerámos a observação participante a técnica de recolha de dados mais adequada, uma vez que permitiu produzir dados ricos e pormenorizados sobre o modo de vida quotidiano dos sujeitos, enquanto simultaneamente penetrámos nas suas experiências sociais e interagimos com os mesmos estabelecendo relações de confiança e causando a menor disrupção possível na vivência da realidade social (Spradley, 1980; Burgess, 2001).

Ao assumirmos o papel de observadores participantes dissipámos a noção positivista dos observadores não participantes, que meramente descrevem, pois elaborámos uma interpretação conceitual da ação social, focalizada no fenómeno da manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal. Importa ainda referir que, não descorando o papel de investigador com os objetivos da recolha de dados sempre em mente e sem violar a posição ética, a participação durante a observação foi de nível moderado procurando manter o equilíbrio entre ser um observador *insider*, nas relações interpessoais e nas atividades de recreio e lazer, e um observador *outsider*, durante a prestação de cuidados à pessoa idosa dependente em ambiente domiciliário (Spradley, 1980).

Neste sentido, de modo a assegurar a abertura e a descoberta, que se impõem nesta fase de produção de dados, foram desenvolvidos 13 períodos de observação participante

descritiva (cf. Anexo II) (cf. Figura n.º 4, p. 22), que teve como *locus* os 3 elementos primários da realidade social: o espaço, as atividades e os atores (Spradley, 1980). Assim, a presença do cuidador informal, da pessoa idosa dependente e de outros atores envolvidos no cuidado informal; as diferentes atividades onde os diversos atores interagem; e o espaço interior e exterior ao domicílio, constituíram os elementos do *locus* da observação participante descritiva. (cf. Figura n.º 5) (cf. Anexo V)

É de salientar que, embora o tipo de observação participante tenha sido a descritiva, sempre com o mesmo *locus*, no decorrer dos períodos de observação a recolha de dados foi-se tornando mais específica, sendo que no 1º período, relativo a cada cuidador informal, realizámos uma observação de *grand tour*, com atenção aos elementos *per se* e à relação entre eles. Quanto aos restantes períodos, consistiram em observações de *mini-tour* em que a atenção à relação entre os elementos teve por base dados colhidos anteriormente acerca da realidade (Spradley, 1980).

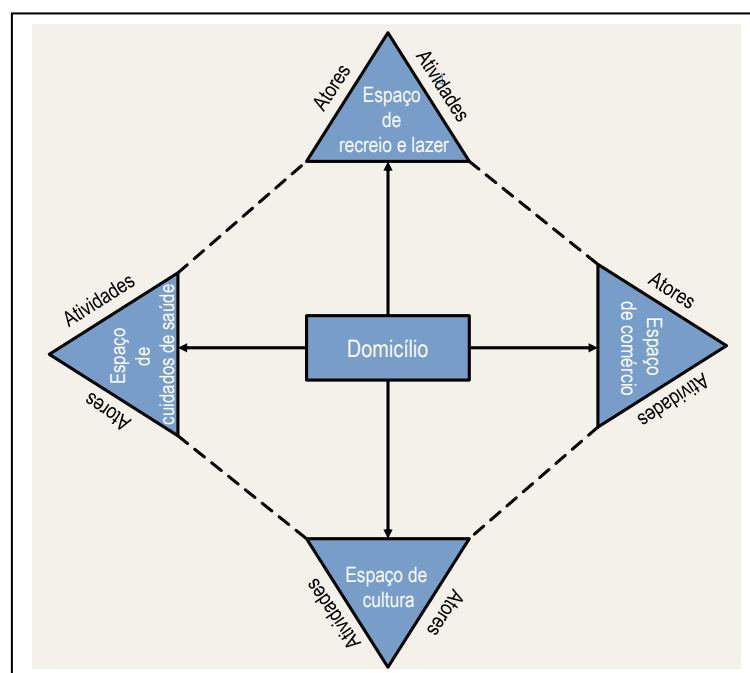


Figura n.º 5 – *Locus* da Observação Participante Descritiva
(Adaptado de Spradley, 1980)

● 2ª Fase de Produção de dados

Efetuada os mesmos procedimentos no acesso ao espaço de investigação, a Unidade de Saúde de Almeirim foi selecionada como o local de investigação para a última fase do processo de construção de dados. (cf. Anexo II) (cf. Figura n.º 4, p. 22)

Em sequência, tendo a análise a direccionar a recolha de dados, a amostragem teórica é nesta fase contínua e cumulativa e, por isso, edifica e acrescenta densidade às 1^{as} fases de produção e de tratamento de dados. Baseada nos conceitos que emergiram da análise e que parecem ter relevância para a teoria evolutiva, a seleção de mais 6 cuidadores informais teve como objetivo identificar sujeitos cuja vivência na relação de cuidado permitisse demonstrar a variação de cada conceito e as relações entre conceitos emergentes (Strauss & Corbin, 2008). (cf. Figura n.º 4, p. 22)

Da 1^a fase de tratamento e apresentação dos dados emergiu que a percepção do cuidador informal em relação a si-mesmo e ao outro e as suas atitudes expressas através da razão, emoção e ação, caracterizam a estrutura da manutenção da sua vulnerabilidade ética, sendo estes atributos os conceitos que suportam os procedimentos de amostragem teórica e as técnicas de recolha de dados nesta fase do processo de investigação.

Sendo a satisfação percebida pelo cuidador informal na vivência da relação de cuidado, um retrato da manutenção da sua vulnerabilidade ética, a percepção e as atitudes que caracterizam a sua estrutura são reveladas na natureza das satisfações e das estratégias de *coping* percebidas pelo cuidador informal, respetivamente, sendo possível, deste modo, avaliar a existência de variação e relação nos conceitos emergentes.

Assegurando a descoberta de relação e variação conceptual, os 6 sujeitos do estudo constituíram a amostra relacional e variável (Strauss & Corbin, 2008), mediante os seguintes critérios, também eles cumulativos em relação aos já estabelecidos:

- variação na natureza das satisfações percebidas revelando a percepção do cuidador informal em relação a si-mesmo e ao outro;
- variação na natureza das estratégias de *coping* percebidas revelando as atitudes do cuidador informal expressas através da razão, emoção e ação;
- relação intra e inter atributos nas satisfações e nas estratégias de *coping* percebidas pelo cuidador informal na relação de cuidado.

A avaliação das satisfações do cuidador informal foi realizada através da aplicação do Índice para Avaliação das Satisfações do Prestador de Cuidados (o original Carers' Assessment of Satisfaction Index – CASI), adaptado e validado à população portuguesa por Brito (2000). A versão portuguesa do índice diferencia 3 tipos de fontes de satisfação (dinâmica intrapessoal, interpessoal e de resultados) e é constituído por 30 afirmações realizadas por cuidadores informais acerca das satisfações que têm obtido, sendo que para cada afirmação o cuidador assinala uma das 4 opções possíveis: não acontece no meu caso;

acontece, mas não me dá nenhuma satisfação; acontece, e dá-me alguma satisfação; acontece, e dá-me muita satisfação.

As estratégias de *coping* adotadas pelo cuidador informal foram avaliadas através da aplicação da versão abreviada do Índice de Avaliação das Estratégias de *Coping* do Cuidador (o original Carers' Assessment of Managing Index – CAMI), adaptada e validada à população portuguesa por Sequeira (2007). O índice abreviado é uma lista de 26 afirmações realizadas por cuidadores informais sobre a forma como resolvem ou atenuam as dificuldades percebidas. Relativamente a cada estratégia de *coping* descrita, o cuidador regista a sua utilização ou não e, no caso de a resposta ser positiva, tem a possibilidade de referir a perceção do grau de eficácia da sua utilização podendo, então, assinalar uma das 4 opções possíveis: não faço desta forma; faço, e acho que não dá resultado; faço, e acho que dá algum resultado; faço, e acho que dá bom resultado.

Igualmente sem pretensões estatísticas, o resultado da aplicação dos instrumentos permitiu-nos verificar que os 6 cuidadores informais cumpriam todos os critérios pré-estabelecidos, uma vez que demonstraram ser teoricamente relevantes ao terem potencial para ajudar na construção de uma teoria densa e precisa, através da vivência de uma vulnerabilidade ética. Esta última, para além de assegurada pela perceção de muita satisfação em cuidar, apresentava uma estrutura com variação nos seus atributos e com relação entre eles, garantidas pelo facto das satisfações e das estratégias de *coping* percebidas serem de natureza diversificada e estarem intra e inter-relacionadas entre si.

Clarificando melhor esta ideia, tínhamos a garantia de que na vivência destes cuidadores existia variação de conceitos, uma vez que um dos cuidadores assinalou satisfações que revelam a perceção de si-mesmo e do outro e estratégias de *coping* de natureza racional, emocional e comportamental. A garantia de existência de relação entre conceitos estava assegurada, na medida em que em todos os cuidadores informais, a perceção de si-mesmo e do outro enfatizam a sua condição ética de vulnerabilidade, ao focalizarem na pessoa de quem cuidam a natureza das suas satisfações; e, por consequência, as respostas cognitivas, afetivas e comportamentais, de forma a resolver ou atenuar as dificuldades, retratam a tomada de consciência da afeição que sofrem ao refletirem-se na pessoa de quem cuidam. Nesta perspetiva, estava presente nestes cuidadores uma relação entre a perceção e as atitudes, sendo através da perceção de si-mesmo e do outro que estes constroem as suas atitudes, respostas avaliativas relativamente a todas as experiências sociais em que interagem, expressando-as na relação de cuidado no modo como pensam, sentem e agem. (cf. Quadro n.º 1, p. 30)

Selecionados os sujeitos de estudo, operacionalizámos mais uma das características específicas da pesquisa qualitativa, isto é, a utilização de estratégias múltiplas de recolha de dados, visando o rigor na condução de todo o processo de investigação, e consequentemente, a obtenção de resultados credíveis e fiáveis. Deste modo, nesta fase de produção de dados conseguimos a convergência de diferentes tipos de dados a partir da realização simultânea de duas técnicas complementares de recolha de dados: a entrevista e a observação (Burgess, 2001). (cf. Anexo II) (cf. Figura n.º 4, p. 22)

Quadro n.º 1 – Caracterização genérica dos sujeitos do estudo

2ª Fase de Produção de dados			1ª Fase de Produção de dados		
			1		Sexo
			M	F	
Idade média: 66 anos			3		Idade
2 Esposas; 2 Filhas; 2 Maridos			Idade média: 67 anos		Grau de parentesco à pessoa idosa dependente
Tempo médio: 4 anos			2 Esposas; 1 Filha; 1 Marido		
2 Domésticas; 4 Reformados			Tempo médio: 6 anos		Tempo de prestação de cuidados
Pontuação média da Sub-escala: 22 → Muita Satisfação			2 Domésticas; 2 Reformados		
«Dá-me satisfação ver que a pessoa de quem cuido se sente bem» «Por conhecer bem a pessoa de quem cuido, posso tratar dela melhor do que ninguém» «É importante para mim manter a dignidade da pessoa de quem cuido»			Pontuação média da Sub-escala: 21,75 → Muita Satisfação		Satisfação percebida (EACI)
«A pessoa de quem cuido aprecia o que eu faço» «É bom observar pequenas melhoras no estado da pessoa que cuido» «Posso garantir que a pessoa de quem cuido tem as suas necessidades satisfeitas»			Si-mesmo		Satisfações percebidas (CASI) ^{b)}
			Outro		
«Estabelecer um programa regular de tarefas e procurar cumpri-lo» «Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa»			Razão		Estratégias de Coping percebidas (CAMI abreviado) ^{b)}
			Emoção		
«Acreditar em mim próprio(a) e na minha capacidade para lidar com a situação» «Manter dominados os meus sentimentos e emoções»			Ação		
«Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte» «Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais»					

^{b)} Afirmações assinaladas pela maioria dos cuidadores informais

Referenciada à existência de um saber anterior e ao objetivo de aprofundamento de uma realidade que, embora conhecida, não estava suficientemente explicada, considerámos a entrevista em profundidade semi-diretiva (Ghiglione & Matalon, 2006) a técnica de recolha de dados mais adequada para complementar a observação, na medida em que, através de dados descritos na linguagem dos sujeitos, iria promover o esclarecimento e enriquecimento da interpretação de cada sujeito, sobre a sua própria experiência, estimulando-o a expressar e a refletir o quotidiano e a articular as suas intenções e significados.

Posterior a um pré-contacto com os sujeitos do estudo, que nos permitiu estabelecer uma relação interpessoal com os mesmos, procedemos à realização de 6 entrevistas, uma a cada sujeito, com duração média de 35 minutos. No que diz respeito aos aspetos estruturais das entrevistas, foi elaborado um guião constituído por 5 perguntas abertas, que serviu apenas de *aide-mémoire* à condução das mesmas, pois as perguntas não foram colocadas necessariamente pela ordem que se encontravam no guião e sob a formulação prevista, mas sim no momento mais apropriado e de forma tão natural quanto possível, de acordo com o sujeito. (cf. Anexo VI)

No decurso das entrevistas houve a preocupação de manter liberdade e ambiguidade nas respostas dos sujeitos e procedimentos, como a utilização de expressões breves que revelaram interesse pelo que estava a ser dito, a realização de sínteses parciais e de pedidos de informação adicional sobre o discurso, para aprofundar uma ideia expressa, e a utilização de silêncios visando a reflexão. Tudo isto, permitiu-nos recolher dados muito ricos e matizados.

Em simultâneo com as entrevistas e tendo por base os mesmos conceitos emergentes, desenvolvemos 18 períodos de observação participante focalizada, cujo foco selecionado foi a estrutura da manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal e os domínios foram os atributos da mesma. Mantendo os papéis de observadores participantes em que, nas mesmas situações da 1ª fase de produção de dados, fomos observadores insider e outsider, pesquisámos em profundidade a perceção do cuidador informal em relação a si-mesmo e ao outro e as suas atitudes expressas através da razão, emoção e ação no decorrer da relação de cuidado, ao mesmo tempo que pretendíamos obter uma compreensão de superfície da realidade social como um todo (Spradley, 1980).

Neste sentido, o *locus* de observação participante focalizada tornou-se mais específico e complexo, pois tivemos como objetivo observar na ação social os atributos estruturantes da vulnerabilidade ética do cuidador informal, integrando nestes os 3

elementos primários da realidade social. Desta forma, observámos as atitudes dos sujeitos expressas no modo como pensam, sentem e agem em diferentes atividades e espaços e com diferentes atores, bem como as percepções que as influenciam. (cf. Figura n.º 6) (cf. Anexo VII)

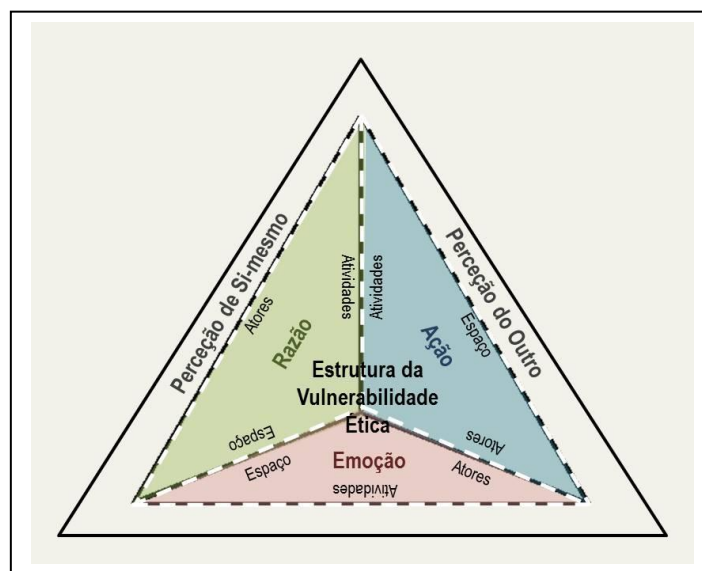


Figura n.º 6 – *Locus da Observação Participante Focalizada*

1.2 – PROCESSO DE TRATAMENTO E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Decorrente do processo anterior, foi construído um banco de dados cujo conteúdo integral, constituído por um conjunto diversificado de notas de campo em suporte informático, encontra-se disponível para consulta caso seja manifestado interesse por parte dos leitores. No que diz respeito às entrevistas, as notas de campo consistem nas transcrições integrais dos registos áudio gravados durante as mesmas (97 folhas de texto), e relativamente às observações, as notas de campo referem-se aos registos expandidos (217 folhas de texto), realizados logo após os períodos de observação e que têm por base os registos condensados da ação social observada (frases curtas e palavras chave). (Spradley, 1980; Guba & Lincoln, 2005; Lessard-Hébert, 2008).

Este banco de dados consistiu no *corpus* (314 folhas de texto) sobre o qual desenvolvemos os procedimentos analíticos específicos da Grounded Theory, segundo os autores de referência, através dos quais os dados foram tratados e apresentados no decorrer de um processo que, ao estar encadeado com as fases de produção de dados, foi

desenvolvido em 3 períodos distintos de redução e abstração dos dados ao longo da codificação teórica. (cf. Anexo II) (cf. Figura n.º 4, p. 22)

É de salientar que, embora com fases distintas, durante todo o processo de tratamento e apresentação dos dados foi comum a redação de memorandos (notas de codificação, teóricas e operacionais) que, ao constituírem registos escritos de análise, são o retrato da construção teórica à medida que foram evoluindo em complexidade, densidade e integração.

● 1ª Fase

Dando início ao processo de tratamento e apresentação dos dados, subtemos os códigos *in vivo*, registados nas notas das observações participantes descritivas, aos procedimentos de microanálise específicos, resultantes da combinação entre codificação aberta e axial. (cf. Anexo II) (cf. Figura n.º 4, p. 22)

Ao procedermos à codificação aberta, efetuámos a abertura do texto em que os códigos foram analisados detalhadamente, linha por linha, e fragmentados em palavras e frases que constituíram as unidades de análise. Este exame e interpretação minuciosos, que nos levaram à identificação de conceitos que emergiram das unidades, expondo os significados atribuídos pelos sujeitos, tiveram por base o questionamento a partir da formulação de perguntas sensíveis que, continuamente, nos sintonizaram para o sentido que os códigos indicavam. (cf. Anexo VIII)

Identificados alguns fenómenos rotulados (conceitos), uns provenientes do uso cultural comum ou da experiência e outros contidos nos próprios códigos *in vivo*, comparámo-los constantemente à procura de similaridades e de diferenças e agrupámo-los definindo categorias, isto é, conceitos mais abstratos com capacidade para representar os fenómenos que compartilham características similares e explicar a realidade social. Assim sendo, dando início à codificação axial e continuando a codificação aberta, pois para além de rotular também estabelecemos relações entre conceitos, a par da definição, as categorias foram simultaneamente desenvolvidas em termos das suas propriedades e dimensões, pelo que realizámos listagens de conceitos para cada uma das categorias, diferenciando-as mediante características particulares e variações ao longo dos seus escopos dimensionais. Tais categorias resultaram da formulação de perguntas teóricas que nos ajudaram a fazer conexões entre os conceitos já definidos, sendo fundamental complementar as notas de codificação com notas teóricas. (cf. Anexo IX)

Perante estes procedimentos analíticos, começámos nesta 1ª fase a formular padrões ao longo das suas variações, construindo a base e a estrutura inicial da teorização. A elaboração das notas teóricas lançaram-nos para a realização de comparações teóricas sistemáticas que estimularam o nosso pensamento, tornaram-nos mentes sensíveis aptas a providenciar interpretações alternativas e a gerar um fluxo livre de ideias acerca de possíveis propriedades e dimensões que, não existindo nos dados, podiam ter sido negligenciadas durante a 1ª fase de produção de dados. Deste modo, tais propriedades e dimensões consistiram num meio para examinarmos futuros dados, estando na base de questões estruturais que alicerçaram a amostragem teórica que conduziu a 2ª fase de produção de dados. (cf. Figura n.º 4, p. 22)

● 2ª Fase

Preocupados na evolução do poder explanatório da teoria e, consequentemente, no desenvolvimento de categorias densas e bem relacionadas, voltámos a realizar os mesmos procedimentos analíticos da microanálise, agora aplicados aos códigos *in vivo* registados nas notas das entrevistas e das observações participantes focalizadas. (cf. Anexo II) (cf. Figura n.º 4, p. 22)

Num vaivém entre indução e dedução, ao realizarmos as codificações aberta e axial, confirmámos conceitos e definimos outros e, por consequência, novas variações e relações emergiram dos dados à medida que novos significados foram sendo expostos. Nestas redescobertas e reinterpretações definimos 2 categorias e 5 sub-categorias e desenvolvemo-las em termos de 11 propriedades e 28 dimensões, gerando explicações mais precisas e completas sobre a realidade social do cuidador informal na relação de cuidado à pessoa idosa dependente em ambiente domiciliário. (cf. Quadro n.º 2, p. 34)

Todo este processo foi sendo registado em memorandos analíticos sob o formato de notas de codificação, nas quais cada uma das categorias foi recontextualizada, fazendo corresponder as sub-categorias às respetivas propriedades e dimensões, através da atribuição de códigos assinalados com letras e números de diferentes níveis de grandeza. Para além disto, de modo a enriquecer o conteúdo dos memorandos, quer em profundidade, bem como na qualidade da conceptualização, fizemos corresponder, através dos códigos, as dimensões às 529 unidades de análise de onde tinham emergido os conceitos, e realizámos diagramas lógicos para representar as variações e as relações entre os mesmos. (cf. Quadro n.º 2, p. 35) (cf. Anexo X)

Quadro n.º 2 – Síntese dos conceitos induzidos/deduzidos

Categorias	Sub-categorias		Propriedades		Dimensões		Unidades de Análise
A Presença do Cuidador Informal na Relação de Cuidado	A	Comunicação Intrapessoal	A1	Percepção de Si-mesmo	A 1.1	Sentimentos Percebidos	42
					A 1.2	Valores Humanos Percebidos	
					A 1.3	Crenças Percebidas	
			A2	Percepção do Outro – pessoa idosa dependente	A 2.1	Modo percebido do desempenho nas AV's	36
					A 2.2	Necessidades percebidas no desenvolvimento das AV's	
	B	Comunicação Interpessoal	B1	Expressão verbal	B 1.1	Finalidade	27
					B 1.2	Modo	
					B 1.3	Tema	
			B2	Expressão não-verbal	B 2.1	O Corpo	72
					B 2.2	Objectos associados ao corpo	
					B 2.3	Espaço como produto da ação do cuidador informal	
O Ambiente de desenvolvimento de Cuidados	C	Razão	C1	Gestão efetiva dos recursos	C 1.1	Tempo cronológico	61
					C 1.2	Suporte social percebido	
					C 1.3	Recursos materiais	
			C2	Manutenção da Interação social	C 2.1	Significado das relações sociais	46
					C 2.2	Função das relações sociais	
	D	Emoção	D1	Valorização social do papel de cuidador	D 1.1	Singularidade	43
					D 1.2	Mestria	
			D2	Valorização pessoal da vivência com a pessoa idosa dependente	D 2.1	Afetividade	38
					D 2.2	Responsabilidade	
	E	Ação	E1	Saber-poder do cuidador informal	E 1.1	Artifícios	64
					E 1.2	Organização contextual	
					E 1.3	Agir com a pessoa idosa dependente	
			E2	Bem-estar psicológico da pessoa idosa dependente	E 2.1	Aceitação de si	41
					E 2.2	Relações positivas com os outros	
			E3	Parceria no Cuidado	E 3.1	Estar delegado	59
					E 3.2	Partilhar	
					E 3.3	Negociar	
Total	2	5	11	28		529	

Suportado pelas notas de codificação axial, foi nesta fase de tratamento e apresentação dos dados que construímos o paradigma que se reflete na Parte C deste relatório, ou seja, a nossa perspetiva analítica em relação aos dados que, ao reuni-los e ordená-los sistematicamente para dar resposta às perguntas de investigação, contextualiza a

manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal na relação de cuidado, a partir da caracterização da sua estrutura condicional e do seu processo. Pela necessidade de especificar as relações entre uma categoria e as suas sub-categorias e entre categorias, realizámos diagramas integradores que, tal como o nome indica, integram diferentes conceitos.

● 3ª Fase

Confirmada a saturação teórica após ajuizamento científico, desenvolvemos a última fase do processo de tratamento e apresentação dos dados onde integrámos e refinámos a teoria. (cf. Anexo II) (cf. Figura n.º 4, p. 22)

Através da codificação seletiva definimos a categoria central, isto é, elaborámos uma frase abstrata, que retrata uma ideia conceptual acerca da manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal, sob a qual as categorias podem ser agrupadas para formar um todo explanatório. Pode ser, igualmente, utilizada para fazer pesquisa noutras áreas substanciais, levando ao desenvolvimento de uma teoria mais geral: *Estar Eticamente Vulnerável... Ser com o outro na construção da linguagem e do sentido.*

Partindo da categoria central, realizámos o memorando de enredo, que também se reflete na Parte C deste relatório, no qual atribuímos à Grounded Theory a qualidade de produto. No memorando, aproximando-nos do término do processo de teorização, refinámos a teoria construída fazendo com que esta ganhasse mais profundidade e mais poder explanatório, ao realizarmos a sua categorização, ao organizarmos os seus componentes e ao efetuarmos a representação esquemática das relações, estrutura e vínculos no seu modelo (McEwen & Wills, 2009).

2 – O RIGOR CIENTÍFICO DO ESTUDO

A ciência, enquanto explicação teórica do sujeito da pesquisa e sistema de colheita, verificação e sistematização da informação sobre a realidade, é considerada tanto um produto como um processo.

O desenvolvimento do conhecimento de Enfermagem implica-a enquanto ciência que, por sua vez, tem como finalidade representar a natureza da Enfermagem de modo a compreendê-la, explicá-la e aplicá-la na prática para o benefício da humanidade.

Neste contexto, ambicionando a excelência do cuidado numa prática clínica que perspetiva o cuidador informal como cliente, desenvolvemos todo um processo de investigação em que o reflexo do rigor científico foi condição obrigatória para a construção e emergência do conjunto de saberes abstratos que, neste estudo, ao conceptualizarmos a manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal, contribuí para o enriquecimento e sustentabilidade da ciência da Enfermagem.

O rigor científico imprimido em todo este processo resulta da convergência e complementaridade entre os domínios ontológico, epistemológico e metodológico do desenvolvimento do conhecimento acerca das respostas humanas do cuidador informal na relação de cuidado à pessoa idosa dependente em ambiente domiciliário. (cf. Figura n.º 7, p. 39)

Num domínio ontológico e epistemológico, estabelecendo uma inter-relação e interdependência entre Profissão e Disciplina, integrámos diferentes padrões de conhecimento.

De forma a retratar o contexto investigativo como fundamento da pertinência da teoria a construir, o questionamento e a reflexão da experiência, da maturidade e da liberdade que constituem a prática profissional foi o ponto de partida para a tomada de consciência do significado dos saberes contextuais e profissionais que, por sua vez, suscitaram a abertura necessária ao desconhecido e às experiências humanas dos cuidadores informais (sujeitos do estudo). Esta fase de contemplação foi complementada pela evidência científica do conhecimento empírico de como é que o cuidador informal

eticamente vulnerável percebe a sua satisfação na relação de cuidado, avaliada através da revisão sistemática da literatura. (cf. Figura n.º 7, p. 39)

É de salientar que todo o constructo que perspetiva a problemática em estudo retrata uma matriz teórica interdisciplinar. Tendo sempre por base a filosofia existencial do Eu-Outro, a ética da alteridade de Levinas, que conceptualiza a natureza humana e a direção da vulnerabilidade do cuidador informal como interpelação ética na relação face-a-face com a pessoa idosa dependente, é reforçada e complementada pelo modelo de Rogers, bem como pela teoria de Paterson & Zderad que orientam o processo de cuidados como um encontro vivido entre o enfermeiro e o cuidador informal, resultado das interações entre seres humanos unitários e o ambiente. (cf. Figura n.º 7, p. 39)

Desvalado o “estado da arte” acerca do objeto de estudo e as diferentes maneiras de o conhecer, conceptualizámos a pesquisa do processo de manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal focalizados na expectativa de criar novo conhecimento nas questões centradas na experiência social vivida e nos consequentes significados da vida humana.

Deste modo, num processo mútuo e contínuo, o Paradigma Construtivista, como modo de investigar, e a Grounded Theory, como processo de teorização, caracterizam um domínio metodológico coerente com as referências onto-epistemológicas do objeto de estudo, pois é o meio de aquisição de conhecimento que releva a participação ativa e criativa do cuidador informal no processo interpretativo da construção de significados, que resulta da sua realidade social. (cf. Figura n.º 7, p. 39)

Dando credibilidade à ciência como processo, importa ainda referir que neste estudo é preponderante a realidade dinâmica no processo de construção da teoria, suportada no movimento constante de vaivém entre os raciocínios indutivo e dedutivo. Assim, na obtenção da saturação teórica e densidade conceptual, necessárias à construção e emergência dos saberes abstratos que impulsionam o saber e o fazer da Enfermagem como um todo, tornou-se fundamental mais uma vez a interação entre a ontologia, epistemologia e metodologia de forma a interpretar, comparar, sintetizar e conceituar a realidade social vivida. (cf. Figura n.º 7, p. 39)

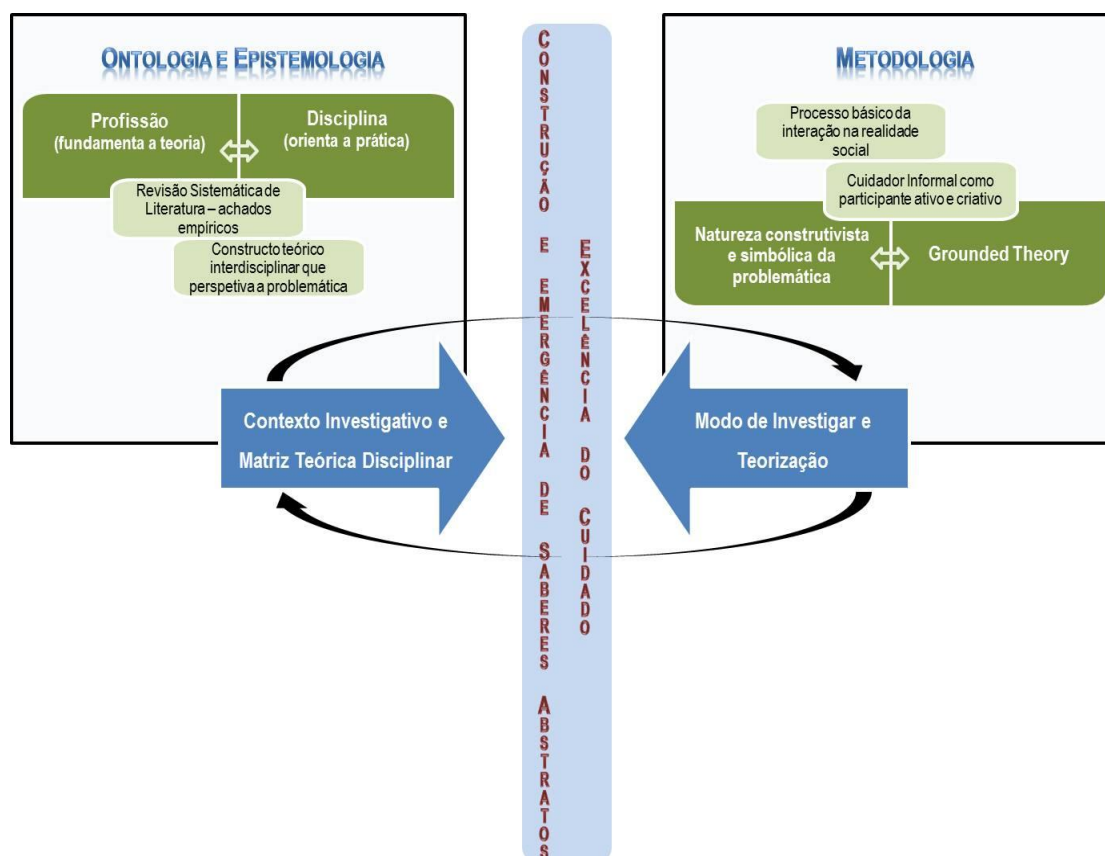


Figura n.º 7 – Rigor científico do estudo

**PARTE C – O PADRÃO E O PROCESSO DE MANUTENÇÃO DA
VULNERABILIDADE ÉTICA DO CUIDADOR INFORMAL**

1 – O PADRÃO: EXPRESSÃO E SIGNIFICAÇÃO

Todo o processo de análise dos dados conduziu-nos à conceptualização do objeto do estudo n' "O Padrão de Manutenção da Vulnerabilidade Ética do Cuidador Informal". Este padrão caracteriza um conjunto repetido de acontecimentos, factos e ações que representa a manutenção da intersubjetividade do quotidiano do cuidador informal em suporte do cuidado que presta à pessoa idosa dependente em ambiente domiciliário.

No Modelo Rogeriano (Rogers, 1990) o padrão identifica o Homem e reflete a sua totalidade inovadora e, neste sentido, na relação de cuidado à pessoa idosa dependente, o Padrão de Manutenção da Vulnerabilidade Ética (PaMVE) do cuidador informal constitui a identidade do si-mesmo como um outro, ou seja, a identidade de um ser humano que está sensível, aberto e que se continua a deixar afetar pelo outro (cf. Levinas, p. 9; Ricoeur, p. 12).

A identidade do cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável é revelada na relação de cuidado à pessoa idosa dependente, porque descobre-se na resposta ao apelo da pessoa idosa, na sua sensibilidade: "no sensível como vivido, a identidade mostra-se, faz-se fenómeno, porque no sensível como vivido entende-se e ressoa a essência (...)" (Levinas, 2003a, p. 85).

Tal identidade caracteriza-se pela forma única como o cuidador informal está presente na relação de cuidado à pessoa idosa dependente e pelo próprio ambiente de desenvolvimento de cuidados. Trata-se, assim, de uma identidade unitária, um todo unificado, que retrata a contínua integralidade entre o campo humano e o campo ambiental, corroborada por Rogers (Rogers, 1990, p. 255) quando postula: "os seres humanos são campos de energia dinâmicos que integram com os campos ambientais, sendo o campo um conceito unificador e a energia a natureza dinâmica do campo".

1.1 – O ROSTO: A PRESENÇA DO CUIDADOR INFORMAL NA RELAÇÃO DE CUIDADO

No campo humano, a categoria “A Presença do Cuidador Informal na Relação de Cuidado” é o rosto do PaMVE do cuidador informal, pois caracteriza o modo como este exterioriza o padrão, ou seja, caracteriza a expressão máxima da sua identidade enquanto ser humano que se mantém eticamente vulnerável.

Osterwan & Schawartz-Barcott (1997, p. 319), definem presença “... como uma oferta de si-mesmo, igualada à utilização de si próprio e que é transmitida através de um comportamento franco e doador...”. Deste modo, num contexto de expressividade humana, a oferta de si-mesmo e o comportamento franco e doador do cuidador informal na relação de cuidado, expressa o PaMVE uma vez que reflete o modo como é afetado pelo outro – pessoa idosa dependente.

Aprofundando esta ideia, é de realçar que, implicando o PaMVE do cuidador informal à existência de interação, a presença do cuidador informal na relação de cuidado é retratada no modo como este comunica, pois sendo a comunicação um processo de abertura e de acesso ao outro (Phaneuf, 2005), é uma ferramenta essencial para o cuidador informal expressar a manutenção da sua vulnerabilidade ética.

Neste sentido, o cuidador informal ao desenvolver um processo de comunicação efetivo, a comunicação torna-se um interface com o mundo, potenciando e evidenciando a coexistência e a abertura que o caracterizam, e permite identificá-lo como ser humano que se mantém eticamente vulnerável – condição essencial na relação de cuidado.

Na sua coexistência, a presença do cuidador informal na relação de cuidado expressa o PaMVE através de processos de comunicação baseados num sistema de interação entre os domínios intra e interpessoal. Numa ação complementar entre os dois domínios, o cuidador informal produz a mensagem em organizações internas do eu através da comunicação intrapessoal, existindo a perceção de si-mesmo e do outro – pessoa idosa dependente; e é exteriorizada e transmitida ao outro de acordo com uma forma de codificação verbal e não-verbal através da interação entre si e o outro - comunicação interpessoal. (cf. Diagrama n.º 1, p. 43)

Phaneuf (2005) reforça a existência deste sistema de interação e complementaridade quando defende que comunicar é estar em relação com o outro, mantendo-se em relação consigo próprio, num processo de criação e recriação de informação, de troca e de partilha. Neste processo, a mesma autora (2005) refere ainda que

cada interlocutor está mergulhado num universo perceptual que lhe é próprio, interpretando o mundo com a sua própria visão e, por seleção e reagrupamento, cria de alguma forma a informação à medida que a transmite.



Diagrama n.º 1 – O Rosto do Padrão de Manutenção da Vulnerabilidade Ética do Cuidador Informal

1.1.1 – Comunicação Intrapessoal

A sub-categoria “Comunicação Intrapessoal” (Código A) especifica o processo de comunicação intrapessoal através do qual o cuidador informal, ao retratar a sua presença na Relação de Cuidados à pessoa idosa dependente, expressa o seu PaMVE, sendo neste domínio, a mensagem produzida em organizações internas do eu (Camargo, 2001).

Passadori (2009) defende que a comunicação deve iniciar-se no nosso íntimo e somente a partir dele nos é possível estabelecer interação com o mundo externo. Ao comunicar num domínio intrapessoal, o cuidador informal estabelece comunicação com si-

mesmo, fala de si para si, aproximando-se da sua essência e, consciente das suas ações, reflete no que está a pensar, sentir e fazer (Passadori, 2009).

Este autoconhecimento auxilia o cuidador informal na procura da sua identidade, enquanto ser que se mantém eticamente vulnerável, permitindo que este perspetive o seu futuro baseado no que sabe acerca do porquê de agir ou interagir de determinada forma no quotidiano (Camargo, 2001). Deepack Chopra (sd, citado em Passadori, 2009) reforça ainda que este autoconhecimento é o fundamento do poder pessoal, sinalizando o «tom» colorido da nossa essência e conduzindo a um alto grau de consciência da nossa presença no mundo e do que está e não está sob o nosso poder de controlo e mudança.

Neste sentido, tendo por base a comunicação intrapessoal, o cuidador informal toma consciência da sua coexistência no mundo que, ao revelar o seu modo de estar na relação de cuidado à pessoa idosa dependente, expressa o seu PaMVE através das propriedades “Perceção de si-mesmo” (Código A 1) e “Perceção do outro – pessoa idosa dependente” (Código A 2). (cf. Diagrama n.º 2, p. 53)

Phaneuf (2005) defende que o ser humano está programado para receber, organizar e interpretar os estímulos que o atingem, sendo a perceção um fenómeno de tomada de consciência pelos sentidos construído através da comunicação intrapessoal, tratando-se de um fenómeno interno. Pela sua função organizadora das sensações externas e internas, a perceção determina a qualidade da autoconsciência do cuidador informal e define a sua maneira de ver o mundo (Phaneuf, 2005). É da perceção que emerge a forma positiva ou negativa como o cuidador informal avalia as pessoas, os objetos ou as suas relações, num determinado ambiente, e que dão sentido ao seu encontro (Monhardt, Papillon e Thirion, 1996, citados em Phaneuf, 2005).

É através da perceção que o cuidador informal processa a estruturação da realidade, pois organiza os diferentes estímulos sensoriais num quadro que constitui o seu próprio mundo, um mundo interior que põe a claro a sua sensibilidade como abertura. Dado o carácter ativo e interventivo do cuidador informal na perceção, é possível afirmar-se que cria o que vê, tratando-se de uma realidade que é captada através dos sentidos.

Assim, perante uma multiplicidade de estímulos provenientes da relação intersubjetiva com o outro, o cuidador informal desenvolve um mundo representativo da sua tomada de consciência da afeção que sofre ao refletir-se no outro, como sendo eu e outro no si-mesmo – **perceção de si-mesmo** (cf. Ricoeur, p. 12).

O cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável retrata a perceção de si-mesmo, ao integrar o mundo que o rodeia ao seu próprio estilo, através dos “Sentimentos

percebidos” (Código A 1.1) (Viscott, 1982), ao dar importância ao cuidado a partir dos “Valores humanos percebidos” (Código A 1.2) (Seymour & O’Connor, 1996) e ao direcionar as ações pelas “Crenças percebidas” (Código A 1.3) (Seymour & O’Connor, 1996). (cf. Diagrama n.º 2, p. 53)

Os sentimentos percebidos são a reação ao que percebemos e definem a nossa percepção do mundo (Viscott, 1982). O cuidador informal expressa a manutenção da sua vulnerabilidade ética através da satisfação que sente ao cuidar da pessoa idosa dependente: *“sinto-me bem a dar-lhe tudo de bom...”* [S2, O1, L44]; *“gosto de estar a cuidar dela aqui em casa (...)”* [S5, E1, L20].

A união também é um sentimento percebido pelo cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável quando este evidencia todo o apoio que recebe de familiares: *“Somos muito unidos (...) eu estou sempre aqui e se eu precisar telefone ao meu filho, se não tiver ele está a minha nora.”* [S9, E5, L15]. Muito relacionado com os sentimentos anteriores, o amor está presente na relação de cuidado enquanto reflexo da manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal: *“ (...) tivemos juntos sempre toda a vida, nunca tivemos problema nenhum e digo sempre que irei gostar da minha esposa sempre da mesma forma.”* [S7, E3, L31].

O orgulho pelo cuidado que presta é notavelmente percebido pelo cuidador informal que está eticamente vulnerável quando este reconhece o seu papel no bem-estar da pessoa idosa dependente: *“Sinto-me orgulhosa... penso que se ele (marido) tivesse noutra sítio se calhar não tinha melhorado o que melhorou.”* [S6, E2, L17]; *“Tenho conseguido vencer parte dos obstáculos e sinto algum orgulho nisso, embora preferisse que não tivesse acontecido.”* [S9, E5, L 114]

Ainda no que se refere ao bem-estar da pessoa idosa dependente, este cuidador informal refere sentir tranquilidade e paz por ter consciência que o cuidado que presta é o melhor que sabe e consegue fazer: *“Sinto-me tranquila e em paz pois tenho consciência que o que faço é o melhor que sei e consigo.”* [S10, E6, L10].

Quando o cuidador informal refere *“... vou ao café, vou a uma festinha qualquer, brinco, falo, danço mas a cabeça está aqui em casa.”* [S3, O3, L31], e *“ (...) se ela (esposa) está com tendência a ferir-se a gente tem que pôr a pomada, se ela está mal instalada a gente tem que a consertar... quer dizer, é uma preocupação constante.”* [S5, E1, L 178], revela uma preocupação pelo bem-estar da pessoa idosa dependente, sendo este um sentimento que expressa a manutenção da sua vulnerabilidade ética.

Para além destes sentimentos, o cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável também percebe em si mesmo tristeza e saudade. Tristeza quando se depara com as alterações nas capacidades da pessoa de quem cuida e saudade quando se recorda dos bons momentos que passaram juntos no passado: *“Às vezes dá-me para chorar, penso que é do sistema nervoso... não é por mim, é porque fico triste ao vê-lo assim sem conseguir fazer nada ... aquilo que ele (pai) era e aquilo que ele é... um homem que nunca parava.”* [S8, E4, L30]; *“Quando paro um bocadinho dou comigo a pensar nos bons momentos que vivemos juntos e ao revivê-los sinto saudade...”* [S5, E1, L 45]

A partir dos sentimentos percebidos, este cuidador informal constrói um sistema de valores humanos e crenças, pois, segundo Araújo (2007), os valores e crenças são construídos com base na projeção de sentimentos que o cuidador informal tem sobre objetos, pessoas e relações. Deste modo, o cuidador informal expressa a manutenção da sua vulnerabilidade ética através de um sistema de valores centrais e crenças que resulta das projeções afetivas que o mesmo faz nas interações sociais do quotidiano no mundo que o rodeia (Araújo, 2007).

Os valores humanos percebidos são os princípios inerentes à condição humana que fundamentam a consciência e dignificam a conduta, ampliando a capacidade de percepção do ser humano (Martinelli, 1999). Para Seymor & O'Connor (1996), o valor humano é algo que consideramos importante na vida e, por isso, os valores revelam-se a chave para o cuidador informal compreender a importância do que faz.

O cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável, ao referir *“Tomei conta dos meus pais e da minha sogra por gostar deles e no caso do meu marido acontece o mesmo... gosto muito do meu marido e enquanto me atrever irei tomar conta dele até morrer.”* [S9, E5, L 21], percebe que um dos valores inerentes ao cuidado que presta é a dedicação, pois é o amor pela pessoa que cuida que lhe faz dar toda a sua atenção. Também por amor, este cuidador informal revela que a igualdade é algo que valoriza no desenvolvimento do cuidado: *“No Verão às vezes vamos passar uns dias à Nazaré a casa da outra filha e quando isso acontece, como gosto muito da minha mulher, ou vão os dois ou não vai nenhum...”* [S9, E5, L 132].

Considerando a ação correta no cuidado informal, o dever e a responsabilidade para com o próximo são valores humanos percebidos pelo cuidador informal que está eticamente vulnerável, quando este refere que *“(...) é o meu dever e a minha responsabilidade enquanto filha (...) a gente está cá é para olharmos pelos nossos.”* [S8, E4, L 9]; *“Sinto que devo fazê-lo, porque (...) se as coisas tivessem sido ao contrário estou*

convencido que ela estaria a fazer o mesmo.” [S7, E3, L 118]. Quando este cuidador informal refere *“Mesmo sendo onze horas, meia-noite que veja que ela está um bocadinho suja eu não sou capaz de lhe deixar o rabinho sujo, não... tenho que lhe pôr a fraldinha limpa.”* [S5, E1, L 105], também a dignidade da pessoa idosa dependente é revelada como valor humano que expressa a manutenção da sua vulnerabilidade ética. Tendo ainda por base a ação correta, o cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável percebe o esforço, enquanto valor humano, ao referir *“penso que também tenho que fazer um sacrifício para a ajudar.”* [S3, O1, L30].

Pela verdade, a coerência e a lealdade para com a pessoa idosa, são valores humanos que também revelam a manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal: *“um dos motivos que me leva a tomar conta da minha mãe é ser coerente com aquilo que lhe prometi... ela disse-me sempre que nunca queria ir para um lar e para ser leal a esse pedido irei tê-la aqui em casa até poder.”* [S10, E6, L 19]. Ainda no âmbito da verdade, o cuidador informal ao referir *“(...) às vezes há pessoas que tratam dos idosos mas fogem com muita coisa para o dinheiro poder chegar; eu não, é dela, é dela, eu tenho é que lhe dar, não é afastar dela para dar aos netos ou para ser para mim.”* [S10, E6, L48] revela honestidade, sendo este mais um valor humano que expressa a manutenção da sua vulnerabilidade ética.

O altruísmo também é um valor humano percebido pelo cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável, quando este evidencia que não quer preocupar os seus familiares com algumas das suas ações no decorrer do cuidado à pessoa idosa dependente: *“... não quero preocupar as outras pessoas (...) se eu me levanto duas, três, quatro, cinco vezes durante a noite eu não estou aqui a dizer no outro dia ah esta noite andei a fazer isto, andei a fazer aquilo. Não vale a pena, (...) as coisas que eu faço, faço com gosto e não tenho que andar a preocupar as outras pessoas.”* [S1, O2, L40]; *“(...) eu faço tudo sozinha, não os quero incomodar.”* [S8, E4, L28].

Definindo as crenças percebidas como generalizações que fazemos a nosso respeito, acerca de outras pessoas e do mundo ao nosso redor, estas constituem os princípios que orientam as ações (Seymor & O'Connor, 1996). Deste modo, o cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável percebe um conjunto de crenças que caracterizam a sua forma de estar na relação de cuidado.

A crença de que a pessoa idosa dependente está melhor em casa do que numa instituição, devido à personalização/individualização dos cuidados, é enfatizada por este cuidador informal, quando refere que *“Em casa está melhor do que no lar... faço-lhe tudo*

o que ele (marido) precisa e como ele gosta, no lar isso não acontecia porque são muitos e não é possível.” [S6, E2, L 47]; *“Em termos afetivos ela (mãe) está muito melhor aqui em casa (...).”* [S10, E6, L9].

Nesta perspectiva, este cuidador informal acredita que a existência de melhorias no bem-estar da pessoa idosa dependente se deve ao ambiente domiciliário: *“(...) eu penso que se ela (esposa) tivesse noutra sítio se calhar não tinha melhorado o que melhorou.”* [S7, E3, L190]; *“Aqui em casa conseguimos que ela (esposa) ficasse melhor, o que não acontecia se fosse para uma instituição, é essa a minha forma de ver.”* [S7, E3, L 17].

A crença religiosa também revela a percepção que o cuidador informal tem de si mesmo, pois este ao referir que *“... acredito que nada acontece por acaso. Se o meu pai e eu estamos nesta situação é porque Deus assim quis, é o nosso destino!”* [S8, E4, L 18], fundamenta o cuidado que presta como algo que não acontece por acaso, mas por ação de uma entidade superior que define como destino quer para ele próprio, como para a pessoa idosa dependente.

O cuidador informal que está eticamente vulnerável acredita ainda que, embora no início dos cuidados, quando tudo é novo, a vivência da realidade pareça negativa, tudo na vida tem coisas positivas, é necessário é saber descobrir, na experiência que se vive, as aprendizagens positivas para que se continue a viver bem: *“Hoje acredito que tudo na vida tem coisas boas. No princípio tudo me pareceu mau e negativo em comparação com o que vivemos juntos, mas à medida que o tempo foi passando fui aprendendo a ver e a tirar partido das coisas boas do dia-a-dia... hoje fico muito contente quando ela se ri, quando ainda acordo ao seu lado, quando penso naquilo que aprendi a dar valor.”* [S7, E3, L 49]. Por consequência, este cuidador informal acredita que vale a pena cuidar da pessoa idosa dependente: *“Acho que vale a pena, estamos cá todos juntos, acho que vale a pena com certeza.”* [S9, E5, L 141].

Quando o cuidador informal refere *“A verdade é que o que faz a gente se atrever a fazer é a gente precisar e querer... ao precisar e ao querer a gente consegue fazer tudo.”* [S9, E5, L 32], revela que este, enquanto ser humano que se mantém vulnerável, acredita que, na relação de cuidado à pessoa idosa dependente, quando se quer e se precisa de algo, tudo se consegue.

Na relação de cuidado à pessoa idosa dependente, estes sentimentos, valores humanos e crenças percebidos são dimensões que expressam a natureza humana da manutenção da vulnerabilidade do cuidador informal, na medida em que lhe confere uma

capacidade para acolher o outro a partir de um autoconhecimento da afeição que sofre pela pessoa idosa dependente, na exata medida em que ele é aquilo que o outro faz de si.

Neste sentido, importa salientar que este misto de sentimentos, valores humanos e crenças percebidos, refletem um cuidador informal autopresente, capaz de se dar inteiramente ao cuidado que presta, de estar em contacto consigo próprio e de viver totalmente as situações no aqui e agora (Phaneuf, 2005). Centrado na relação com a pessoa idosa dependente, mais especificamente, nas influências passadas, na ação presente e no potencial futuro, o cuidador informal é também autoconsciente, revelando a capacidade de se conhecer sem camuflar a verdade sobre si próprio, compreendendo as suas motivações profundas e mantendo-se atento aos seus sentimentos (Phaneuf, 2005).

Relacionada com a trajetória de vida familiar e com a natureza das suas relações com a pessoa idosa dependente, a forma como o cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável percebe o si-mesmo experimenta o seu maior grau de autoconhecimento – o real conhecimento da vida, a única maneira pela qual poderá ser o melhor de si-mesmo e continuar a crescer (Viscott, 1982; Crist, 2004).

Tendo esta perspectiva de si-mesmo, este cuidador informal possui mais energia para resolver os problemas aos quais tem que fazer face, pois perante esta maneira de sentir o mundo, sendo o mais elevado e o mais verdadeiro eu, tem mais probabilidade de alcançar o domínio de si-mesmo tornando-se independente e livre – único poder digno de se ter (Viscott, 1982).

De acordo com Phaneuf (2005, p. 100), a percepção de si-mesmo determina a **percepção do outro**, sendo esta última primordial no estabelecimento de uma relação intersubjetiva: “o outro é importante aos nossos olhos quando conta para nós, e nós mostramos-lhe isso atribuindo-lhe a nossa atenção”.

O cuidador informal retrata a sua percepção do outro – pessoa idosa dependente a partir do “Modo percebido do desempenho nas atividades de vida” (Código A 2.1) e das “Necessidades percebidas no desenvolvimento das atividades de vida” (Código A 2.2) complementando, assim, a forma como expressa a manutenção da sua vulnerabilidade ética. (cf. Diagrama n.º 2, p. 53)

No sentido abrangente, o termo atividades de vida define as atividades que fazem parte integrante da vida, contribuindo coletivamente para o processo complexo de viver. Embora todas as pessoas desempenhem as suas atividades de vida, cada uma fá-lo de modo diferente, sendo através do modo percebido do desempenho nas atividades de vida que o

cuidador informal percebe a pessoa idosa dependente (Tierney & Roper, 2000; Holland, Jenkins, Solomon, Whittam, 2008).

É diversificada a percepção que o cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável tem acerca do modo no qual a pessoa idosa dependente desempenha as atividades de vida.

O cuidador informal, ao referir que *o marido (...) quando tem períodos de agitação passa a mão na cara repetidamente, não pára com os maxilares e está sempre a repetir as mesmas coisas sem nenhum sentido* [S1, O2, L43], percebe quais os sinais de agitação psicomotora. Também o tipo de alimentos que a pessoa idosa ingere é percebido pelo cuidador informal: *(...) a mãe come sempre o que eles comem, só que triturado* [S3, O2, L74]. Ao referir que *a mãe não faz levante, não se mobiliza, mas aperta a mão (...)* [S3, O1, L37] percebe o tipo de movimentos que a pessoa idosa realiza. Para além disto, o cuidador informal percebe ainda a forma de dar comida para que a pessoa idosa não se engasgue: *“... se eu lhe der comida com a colher cheia e directamente para dentro da boca ela engasga-se”* [S4, O2, L94]. Todos estes aspetos do quotidiano expressam a manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal, pois este percebe como a pessoa idosa dependente desempenha as atividades de vida.

O cuidador informal revela a percepção que tem sobre o número de períodos de sono da pessoa idosa durante o dia, ao referir que *o marido dorme 2 vezes por dia...* [S2, O2, L43]. Quando refere que *a esposa come 5 vezes ao dia...* [S4, O2, L82] demonstra que percebe o n.º de refeições diárias. Expõe também a percepção do número de vezes que a pessoa idosa elimina intestinal e vesicalmente, ao referir: *o marido evacua 1 vez por dia e urina 5 a 6 vezes...* [S1, O3, L46]. Deste modo, o cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável tem a percepção de quantas vezes a pessoa idosa dependente realiza determinada atividade de vida.

É de salientar que, para além de como e de quantas vezes, este cuidador informal também percebe onde a pessoa idosa dependente efetua a atividade de vida. Assim, expressa a manutenção da sua vulnerabilidade ética ao manifestar a sua percepção acerca do local onde a pessoa idosa, desempenha os cuidados de higiene: *“Desde que ficou completamente acamada que lhe damos o banho sempre aqui na cama”* [S3, O2, L46]; faz as refeições: *“ela (esposa) (...) come sempre o pequeno-almoço e o jantar na cama, mas as restantes refeições come na sala”* [S4, O2, L30]; e deambula: *“(...) ele (marido) geralmente dá uns passos no quintal...”* [S2, O3, L41].

O facto de referir que *a mãe (...) só tem períodos de agitação (...) quando não sente a filha em casa durante muito tempo* [S3, O2, L45], revela que o cuidador informal percebe a razão da agitação psicomotora da pessoa idosa. Também percebe o motivo pelo qual a pessoa idosa evacua mais vezes: *(...) o marido evacua mais vezes quando come verduras ou fruta...* [S2, O1, L46]; e dá a conhecer a sua perceção sobre a causa da pessoa idosa dormir a sesta: *“depois de almoçar, (a mãe) fica com o estômago reconfortado e geralmente dorme uma sesta até as senhoras do apoio virem às 15h00”* [S3, O3, L85]. Neste sentido, o cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável perceciona porque é que a pessoa idosa dependente realiza determinada atividade de vida de forma particular.

Este cuidador informal ao explicar que a pessoa idosa sabe que faz-lhe bem distrair: *“(enquanto dirige o marido até ao quintal) quando o tempo deixa vamos sempre até lá fora apanhar um bocado de sol pois ele sabe que lhe faz bem distrair!”* [S2, O3, L30], e tem que ter uma alimentação polifraccionada: *“(o marido) está sempre pronto para comer, ele sabe que tem que comer várias vezes ao dia”* [S1, O3, L84], expressa também a manutenção da sua vulnerabilidade ética, ao mostrar que percebe o que é que a pessoa idosa dependente sabe sobre determinada atividade de vida.

Já quando refere que *“... ele (marido) acha que não vai melhorar e, por isso, só diz que não, para ele é tudo não, e chora.”* [S2, O2, L64], percebe que a pessoa idosa não acredita na melhoria do seu estado de saúde. Também a crença da pessoa idosa sobre a não exposição da roupa interior é percecionada pelo cuidador informal: *“... tapo-a até ao pescoço porque ela sempre achou que as mulheres não deviam mostrar a roupa interior, incluindo a camisa de dormir”* [S3, O3, L23]. Sendo assim, a perceção do que a pessoa idosa dependente acredita sobre as atividades de vida está presente no cuidador informal que se encontra humanamente vulnerável.

Importa ainda referir que, para além de, como, quantas vezes, onde, porque, o que sabe e o que acredita, este cuidador informal também perceciona qual é a atitude da pessoa idosa dependente em relação às atividades de vida. Deste modo, expressa a manutenção da sua vulnerabilidade ética ao expor que percebe os gostos da pessoa idosa: *(...) na cozinha entorna, de um garrafão, um pouco de água para dentro de um copo e coloca-o no microondas dizendo: “amorno a água porque ela nunca bebia água fria... dizia que não gostava!”* [S4, O2, L78], e *“a televisão fica ligada, não a desligo porque ela gosta de ouvir o som da televisão...”* [S3, O3, L52].

Ao longo do desenvolvimento das atividades de vida, o significado que é dado às necessidades da pessoa idosa dependente é o de défice humano (Rosa & Basto, 2009). Nesta perspetiva, o cuidador informal, ao ter a perceção do modo de desempenhar as atividades de vida, completa a perceção do outro – pessoa idosa dependente, através das necessidades percebidas no desenvolvimento das atividades de vida.

O cuidador informal, ao justificar a presença do lenço na cabeça da pessoa idosa, referindo que *no dia do banho total lavam a cabeça e depois colocam o lenço para a mãe não arrefecer* [S3, O1, L23], dá a conhecer que adapta a roupa às alterações de temperatura do corpo da pessoa idosa. Quando refere que *tem o cuidado de ligar o ar condicionado para que quando cheguem as senhoras do apoio para fazer a higiene à mãe a casa esteja quente* [S3, O1, L26], demonstra que adapta as fontes de calor às modificações da temperatura ambiental. Tais adaptações revelam que o cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável perceciona a pessoa idosa dependente como tendo a necessidade de manter a temperatura corporal adequada.

Este cuidador, ao explicar que a pessoa idosa necessita, de dormir em cama articulada: *a partir do momento da fratura do colo do fémur, houve a necessidade do marido ficar a dormir em cama articulada para o conseguir posicionar melhor (...)* [S1, O1, L35], e de fazer movimentos com os membros inferiores: *enquanto lhe coloca creme hidratante nos membros inferiores refere “é necessário movimentar-lhe as pernas para que não fique com os músculos atrofiados”* [S1, O1, L 80], expressa a manutenção da sua vulnerabilidade ética ao mostrar também que percebe que a pessoa idosa dependente tem necessidade de movimento e de manter uma postura adequada.

O facto de referir que *de hora a hora vai ao pé da mãe para ver como é que ela está e dá-lhe uma seringa de água, pois sabe que ela tem que beber 1,5lt por dia para estar hidratada ...* [S3, O2, L79], manifesta que o cuidador informal percebe a necessidade de ingestão hídrica da pessoa idosa. Percebe ainda que a pessoa idosa tem necessidade de fazer uma dieta equilibrada: *“por ele (marido) ser Diabético tem que ter alguns cuidados nos alimentos que come... não lhe posso dar muita batata, não pode comer pão ao almoço, não pode comer as frutas mais doces”* [S1, O3, L29]. Deste modo, o cuidador informal que se encontra humanamente vulnerável tem a perceção que a pessoa idosa dependente tem necessidade de comer e beber adequadamente.

Ao perguntar à pessoa idosa *“Queres ir até lá fora apanhar um bocado de sol? Faz-te bem distrair!”* [S2, O3, L27], e ao afirmar que *“... se eu tiver a conversar coisas de agora, uma coisa qualquer, ela não reage, mas se eu lhe falar de coisas antigas, tudo o*

que era antigamente ela diz ah!, toma conta daquilo que eu lhe estou a dizer e, por isso, faço-o diversas vezes para ela se distrair” [S3, O2, L32]; enquanto ser humano que se mantém vulnerável, dá a conhecer a sua perceção acerca da necessidade da pessoa idosa em participar em atividades recreativas.

É ainda de salientar que este cuidador, para além destas necessidades, às quais não estabelece qualquer hierarquia, também percebe que a pessoa idosa dependente tem necessidade, de repousar e dormir: “estive a deitá-la (esposa) para ela dormir a sesta, porque precisa de descansar a cabeça” [S4, O3, L10]; de evitar os perigos do ambiente: “É que com ele deitado fico mais descansada de o deixar sozinho, do que quando ele está sentado na cadeira que tenho que estar sempre por perto pois ele pode-se desequilibrar e cair” [S2, O4, L15], e de manter o corpo limpo, bem cuidado e proteger a pele: enquanto observa o interior da fralda de forma a avaliar a necessidade de a trocar refere “como pode ver ponho-lhe (à esposa) sempre creme nestas zonas mais sensíveis para evitar que a pele fique assada por causa da urina e das fezes” [S4, O3, L99].

Perante estas dimensões, é de referir que o cuidador informal que está eticamente vulnerável perceciona a pessoa idosa dependente pela sua individualidade de vida, focalizando a sua atenção e preocupação na pessoa e não no corpo doente, tendo conhecimento sobre o modo como a mesma desempenha as atividades de vida, e valorizando as suas necessidades e capacidades em vez das limitações ou incapacidades.

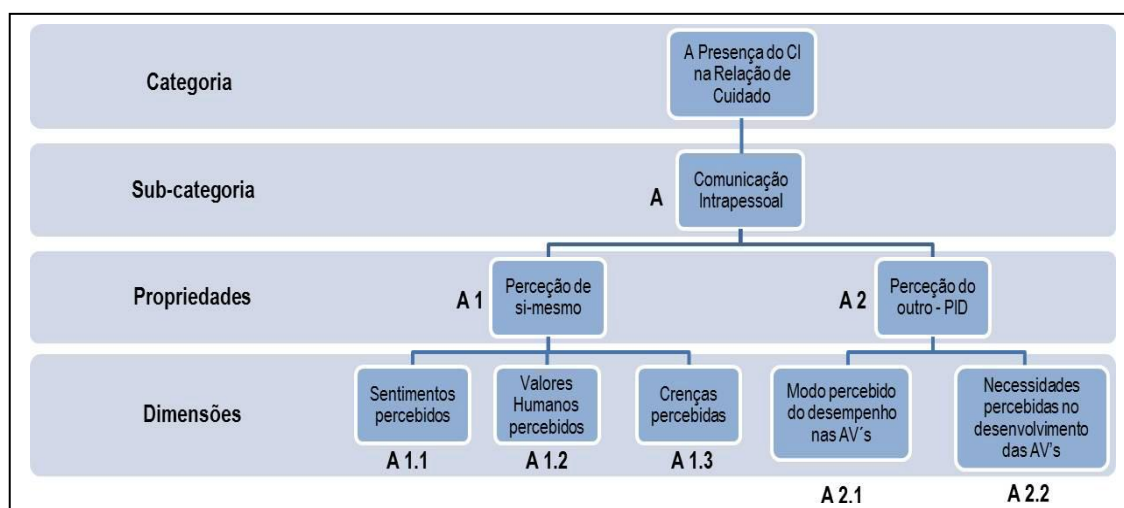


Diagrama n.º 2 – Atributos que definem como, através da “Comunicação Intrapessoal”, o Cuidador Informal expressa o Padrão de Manutenção da Vulnerabilidade Ética

1.1.2 – Comunicação Interpessoal

A sub-categoria “Comunicação Interpessoal” (Código B) especifica o processo de comunicação interpessoal, através do qual o cuidador informal, ao retratar a sua presença na Relação de Cuidado à pessoa idosa dependente, expressa o seu PaMVE. Neste domínio, há uma interação entre duas pessoas, ou no seio de um grupo, e o processo de comunicação diz respeito ao comportamento verbal e não-verbal, num contexto social, de compreensão de símbolos e sinais usados para transmitir e assimilar informações (Potter & Perry, 2006).

Condicionado pela percepção que o cuidador informal tem de si-mesmo e do outro-pessoa idosa dependente, este processo de relações interpessoais, no qual compartilha mensagens, complementa a caracterização da sua presença na relação de cuidado à pessoa idosa dependente em ambiente domiciliário. Assim, tendo por base a comunicação interpessoal, o cuidador informal transmite mensagens a partir de códigos verbais e não-verbais, expressando o seu PaMVE através das propriedades “Expressão verbal” (Código B 1) e “Expressão não-verbal” (Código B 2). (cf. Diagrama n.º 3, p. 60)

A **expressão verbal** é a forma discursiva, falada ou escrita, na qual as mensagens são transmitidas (Passadori, 2009). A linguagem é uma ferramenta magnífica, pois pela magia das palavras exprimem-se as informações, as opiniões e os sentimentos que permitem aos humanos entrar em contacto, criar relações harmoniosas e desenvolver relações significativas e profundas (Phaneuf, 2005). Deste modo, aplicando a linguagem como ferramenta, a expressão verbal do cuidador informal para com a pessoa idosa dependente e outros atores na relação de cuidado, caracteriza-se pelo “Tema” (Código B 1.1) e “Finalidade” (Código B 1.3) da mensagem que transmite e pelo “Modo” (Código B 1.2) como a mensagem é transmitida (Phaneuf, 2005). (cf. Diagrama nº 3, p. 60)

No que diz respeito ao tema da mensagem, o cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável apresenta uma conversação diversificada onde a família é um dos temas: ... *enquanto almoça fala-lhe (marido) que os filhos e os netos vão lá visitá-lo à tardinha, depois de chegarem do trabalho* [S1, O3, L40]; ... *enquanto costura (...) conta que os netos vão lá para casa algumas vezes, quando não têm escola, e que a sala está cheia de brinquedos que eles não levam para casa para que tenham ali com que brincar* [S1, O1, L80].

Quando observamos que ... *no percurso até ao café encontra uma vizinha que lhe pergunta sobre a mãe e responde que a mãe tem estado bem, que ficou a dormir pois agora já dorme melhor* [S3, O3, L61], verificamos que o cuidador informal que está

eticamente vulnerável conversa acerca do estado de saúde da pessoa idosa dependente, como também sobre o seu próprio estado de saúde: *Enquanto dá comer aos patos e às galinhas com a ajuda do filho queixa-se que as dores que sente (...) não a deixam levar os baldes muito pesados ...* [S2, O4, L30].

As diferentes atividades que este cuidador informal realiza no seu dia-a-dia também são tema de conversa pois, ... *fala com a filha que no período que a mãe está a dormir vai aproveitar para ir ao banco, aos correios fazer alguns pagamentos e à obra (...). Depois disto volta para lhe dar o lanche* [S4, O3, L86]; e ... *quando regressa a casa dirige-se ao quarto e vendo que a mãe está acordada diz-lhe: “Olha, já cheguei, fui ao café, comprei-te um bolo para o lanche e fui à farmácia comprar os medicamentos ...”* [S3, O3, L81].

Em todas estas conversas o cuidador informal, como ser humano que se mantém vulnerável, identifica-se com o modo como transmite a mensagem. Este exprime-se de maneira a ser compreendido e a fazer aceitar o que quer transmitir, utilizando uma linguagem simples, com o uso de palavras de fácil compreensão; breve, com frases concisas; e clara, cujas palavras têm apenas um sentido (Phaneuf, 2005): *Sempre que o Sr. Manuel se dirige verbalmente para a esposa fá-lo de forma fluente e pausada, com frases curtas e utiliza palavras simples* [S4, O1, L101], *D. Isabel fala com o marido com um discurso fluente e pausado em que utiliza um vocabulário simples e carinhoso e constrói frases curtas* [S1, O1, L22].

Retratando a presença do cuidador informal na relação de cuidado, o tema e o modo da sua mensagem são utilizados com uma finalidade específica. Desta forma, o cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável, centrado no outro, utiliza a linguagem para assegurar o retorno da comunicação e, assim, a compreensão por parte da pessoa idosa dependente (Leite, 2008): ... *ao ver a esposa a mastigar com satisfação os alimentos confirma: “Está bom o comer não está?”* [S4, O2, L90]; ... *ao vê-la (a mãe) aconchegar a roupa da cama confirma: “Agora vais dormir uma cesta, não é?”* [S3, O2, L74].

Quando a D. Rita sai do quarto e à medida que se dirige para a sala pergunta à mãe: *“Queres que ligue a televisão?”* [S3, O3, L41], e o Sr. Manuel enquanto ajeita a almofada que se encontra a apoiar (...) a esposa pergunta-lhe: *“Estás com sede Maria? Queres que te dê água?”* [S4, O2, L50], estão a pedir informações, mostrando interesse e desejo de clarificar a mensagem, isto é, estão a utilizar a linguagem com o fim de exploração (Leite, 2008).

Para além da compreensão e exploração, este cuidador informal também comunica com o intuito de explicitar as razões que julga subjacentes ao comportamento da pessoa

idosa dependente, ou seja, com a finalidade de interpretação (Leite, 2008): “*És como os bebês, ficas com sono depois do banho!*” [S3, O2, L74]; “*Está a saber-te bem... a sopa está como tu gostas!*” [S4, O2, L90].

Visando controlar o comportamento futuro do outro, o cuidador informal que está eticamente vulnerável ao se dirigir à pessoa idosa dependente referindo “... *ficas a ver televisão que já aqui venho*” [S2, O1, L80] e “... *só comes quando viermos, ainda não está na hora de lanchar.*” [S1, O2, L31], dá-lhe instruções acerca da forma como quer que ela se comporte, utilizando a linguagem com a função de orientação (Leite, 2008). O controlo do comportamento também é conseguido pelo cuidador informal através do aviso: “*Agora vê lá se te sujias...*” [S1, O2, L45].

O facto de referir “... *então a Lúcia pôs-te este lenço na cabeça, ai tão linda que tu estás!*” [S3, O2, L71] e “... *é pá ajuda, tu lá na fisioterapia consegues mexer as pernas. Vá, faz força!*” [S2, O2, L71], revelam que o elogio e o estímulo, respetivamente, são respostas simpáticas deste cuidador informal para com a pessoa idosa dependente, dando-lhe apoio, ou seja, criando um clima de relacionamento afetivamente concordante entre os dois (Leite, 2008), sendo este também uma finalidade da mensagem transmitida pelo mesmo.

Perante tais dimensões, num plano cognitivo, a expressão verbal do cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável especifica e confere-lhe uma competência linguística, pela sua capacidade de produzir sinais verbais apropriados ao tempo e às circunstâncias da Relação de Cuidado, quer com a pessoa idosa dependente como com outros atores envolvidos no processo de cuidados, na medida em que revela cortesia, ao transmitir respeito pelo outro, solidariedade e disponibilidade, ao mostrar que se interessa e preocupa, e empatia, ao compreender e aceitar a realidade do outro (Leite, 2008; Phaneuf, 2005; Potter & Perry, 2006).

A **expressão não-verbal**, como um meio complementar de interação entre os seres humanos, é a forma não discursiva da comunicação interpessoal, efetuada a partir de diferentes canais de transmissão da mensagem (Passadori, 2009).

Vinculados ao contexto social ao qual pertence a informação, os inúmeros canais da comunicação não-verbal, embora possam ser usados de forma consciente e estratégica, são utilizados, em parte, de forma involuntária (Birck & Keske, 2008). Entendida, assim, pelos mesmos autores (2008) como a linguagem silenciosa e transparente, que muitas vezes contradiz as palavras, a expressão não-verbal é a expressão do inconsciente, refletindo algo

importante sobre o si-mesmo. Deste modo, a relevância das palavras nas relações interpessoais é indireta, pois apenas uma minoria do significado social de uma conversa corresponde às palavras pronunciadas, perante uma maioria correspondente aos canais de comunicação não-verbal (Silva et al, 2000).

Na relação de cuidado, utilizando sinais não-verbais, o cuidador informal mantém-se exposto à convocação do outro-pessoa idosa dependente, através de três suportes: “O corpo” (Código B 2.1), nas suas qualidades físicas, entoação da voz e postura corporal; “Objetos associados ao corpo” (Código B 2.2), como os adornos e as roupas; e o “Espaço como produto da ação do cuidador informal” (Código B 2.3), que varia de acordo com o modo como este personaliza e adapta/organiza o espaço (Mesquita, 1997). (cf. Diagrama n.º 3, p. 60)

O corpo é um recurso de comunicação que o cuidador informal utiliza para expressar o seu PaMVE. Os sinais do corpo recobrem e exteriorizam dimensões mais interiores da força pessoal, de saber-viver, de auto-estima e estima dos outros, de segurança interior e de interesse pelos outros, sem ao quais todo o processo de comunicação se tornava difícil e vazio (Phaneuf, 2005).

Neste sentido, as qualidades físicas como vetor da expressão corporal do cuidador informal, transmitem mensagens que revelam a sua presença na relação de cuidado através da sua apresentação pessoal e expressão facial. Ao observarmos nos cuidadores informais ... *cabelo e pele cuidados* [S1, O1, L6; S2, O1, L8; S3, O1, L6; S4, O1, L6], verificamos que o cuidador informal que está eticamente vulnerável possui uma apresentação pessoal cuidada. ... *Um fâcies sorridente e calmo...* [S1, O1, L5; S2, O1, L7; S3, O1, L5; S4, O1, L4] retrata uma expressão facial aberta, uma característica do aspeto pessoal deste cuidador informal quando, ao transmitir as suas reações ao que vê, ouve e percebe, comunica a abertura, a compreensão e o interesse pela pessoa idosa dependente.

A entoação da voz é também muito expressiva, pois tal como um instrumento subtil, a voz vibra com a emoção e está em ligação com o que sentimos (Phaneuf, 2005). Quando os cuidadores informais apresentam um ... *tom de voz firme e suave* [S1, O3, L41; S2, O1, L49; S3, O1, L37], revelam a utilização de um tom e um ritmo de palavras normais e descontraídos, com um débito nem demasiado rápido nem demasiado lento, que para além de expressarem autoconfiança, auto-afirmação e calma, expressam ainda interesse e respeito pela pessoa idosa dependente (Phaneuf, 2005).

Não se opondo às palavras, o silêncio do cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável é uma estratégia de comunicação. Fazendo parte integrante das suas

trocas interpessoais, o silêncio deste cuidador informal é um silêncio aberto que traduz a sua convivência e cumplicidade com a pessoa idosa dependente, ao ser um tempo de pausa para reflexão sobre o que a mesma está a sentir, criando, assim, um espaço de eco mútuo, um campo de ressonância com o outro-pessoa idosa dependente (Phaneuf, 2005): *perante os gestos de resignação do marido D. Leonor encolhe os ombros e fica em silêncio* [S2, O1, L52]; *após o marido expressar a satisfação que está a sentir a D. Isabel sorri e fica em silêncio* [S1, O2, L55].

A postura do cuidador informal traduz também o seu estado interior e, ao possuir uma influência importante na forma como comunica, transmite a sua afirmação existencial que permite reconhecer o seu próprio lugar no mundo e a existência do outro-pessoa idosa dependente (Phaneuf, 2005). A postura do cuidador informal que está eticamente vulnerável caracteriza-se, especificamente, pela sua posição corporal, gestos e proxémica, face à pessoa idosa dependente.

Quando este cuidador informal *anda com passos firmes, (...) e ombros direitos* [S1, O1, L90] afirma a sua energia e a sua autoconfiança (Phaneuf, 2005). Quando *vira a cara e o corpo na direção do marido...* [S2, O1, L83] adopta uma posição que revela interesse e que comunica a sua vontade de estar lá (Phaneuf, 2005). Também o facto de *enquanto fala (...) inclina o tronco e a cabeça na direção da esposa* [S4, O3, L31], transmite que naquele momento a pessoa idosa dependente é o centro das suas preocupações, pois a inclinação para o outro é uma marca de interesse e de procura de intimidade (Phaneuf, 2005).

Gestos de abertura e descontração são característicos deste cuidador informal pois *apresenta os braços estendidos ao longo do corpo, mãos abertas (...) e não realiza movimentos rápidos e abruptos.* [S3, O1, L83].

Todo este registo de convivência e confiança, entre o cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável e a pessoa idosa dependente, é reforçado pela utilização da zona íntima para comunicar (Potter & Perry, 2006). Deste modo, observámos que este cuidador informal *... aproxima-se (da pessoa idosa dependente) (...) a uma distância <45 cm...* [S1, O3, L30], utilizando o toque e a manutenção do contacto visual para aumentar a eficácia da comunicação e a força do impacto da sua presença na Relação de Cuidado. Através do aconchegar da roupa *... ajeita-lhe o lenço...* [S3, O2, L28], da carícia *... acaricia-a na face e cabeça ...* [S4, O3, L31], e do beijo *... dá-lhe um beijo na face...* [S2, O1, L83], o cuidador informal manifesta um toque afetuosos intencional que caracteriza a qualidade da sua presença, pois para além de acalmar e reconfortar a pessoa idosa dependente, devolve-lhe confiança e reforça a sua auto-imagem (Phaneuf, 2005). O constante olhar para a

pessoa idosa dependente ... *mantendo-se a olhar para ela...* [S4, O3, L31] traduz a consideração e o interesse deste cuidador informal pela pessoa cuidada e pelo que ela comunica, ou seja, exprime a sua abertura e acolhimento (Phaneuf, 2005).

O modo como o cuidador informal que está eticamente vulnerável recorre ao corpo para comunicar, confere-lhe uma competência cinésica e proxémica na Relação de cuidado à pessoa idosa dependente, revelando o plano afetivo da sua comunicação, uma vez que tal comportamento não-verbal toca nas emoções e nos sentimentos, transmitindo afetividade, apoio emocional e encorajamento (Leite, 2008; Phaneuf, 2005; Potter & Perry, 2006).

Outros sinais não-verbais utilizados por este cuidador informal, como forma de interação na Relação de Cuidado, estão categorizados nos objetos associados ao corpo. Este cuidador informal usa roupa limpa e cuidada, apropriada à prestação de cuidados e adequada à temperatura ambiente: ... *o vestuário é apropriado ao desempenho dos cuidados, adequado à temperatura ambiente, limpo e cuidado* [S1, O1, L7]. Também os adornos que utiliza ... *anéis, relógio e óculos* [S1, O1, L6], são apropriados à prestação de cuidados.

A mensagem transmitida pelo cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável é reforçada por um conjunto de sinais que caracterizam o espaço como produto da ação do cuidador informal. Neste âmbito, o domicílio é um espaço transacional, pois enquanto lugar de intimidade, o domicílio contém tempo comprimido, tornando-se o mundo da acumulação da experiência do cuidador informal (Santos, 2008).

Os ... *móveis antigos (cama de casal, aparador) e objetos decorativos (potes, quadros, pratos) que (...) são herança de familiares* [S4, O1, L53], os ... *muitos vasos de flores cuidadas* [S3, O1, L8], os ... *muitos brinquedos dos netos...* [S1, O1, L45], e as ... *fotografias da família (filhos e netos)...* [S1, O1, L44], transportam-se pela vida e, ao personalizarem o domicílio, permitem ao cuidador informal encontrar-se a si-mesmo e descobrir a sua identidade.

Este cuidador informal também transforma o domicílio numa manifestação e num prolongamento do si-mesmo e, assim, adapta-o às necessidades da pessoa idosa dependente através, da existência de recursos técnicos, como ... *ar condicionado para (...) uma temperatura agradável...* [S3, O1, L41], ... *uma cama articulada com grades...* [S3, O1, L16], ... *uma cadeira de rodas, um móvel com produtos de higiene e medicamentos dispostos de forma arrumada* [S2, O1, L19], ... *almofadas com diferentes tamanhos (...) e um sofá/cadeirão encostado à parede do quarto* [S1, O1, L15]; e da reorganização dos objetos ... *a mãe está no quarto que era da filha* [S3, O1, L21], ... *os móveis da sala estão*

dispostos para que a mãe veja a sala e a televisão do quarto [S3, O1, L14], ... as portas das divisões tiveram que ser alteradas ficando mais largas para poder passar com a cadeira de rodas [S2, O1, L22].

O cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável habita o espaço em harmonia com as dialéticas da vida. Tal harmonia também retrata, de uma forma geral, a presença deste cuidador informal na relação de cuidado à pessoa idosa dependente, quando o mesmo exterioriza o seu PaMVE, através da atuação concomitante dos dois níveis de comunicação interpessoal. O plano cognitivo é coerente com o plano afetivo (Phaneuf, 2005), sendo que este cuidador informal revela uma sincronização na mensagem que transmite, pois as suas expressões não-verbais confirmam e complementam as suas expressões verbais (Birck & Keske, 2008).

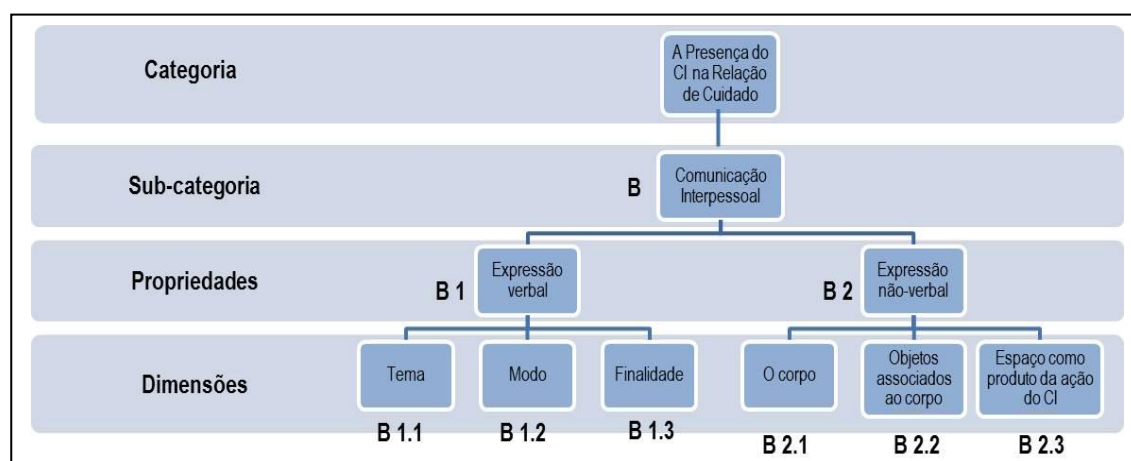


Diagrama n.º 3 – Atributos que definem como, através da “Comunicação Interpessoal”, o Cuidador Informal expressa o Padrão de Manutenção da Vulnerabilidade Ética

Este é o rosto, a expressão do PaMVE do cuidador informal.

Num sistema de interação entre os domínios intra e interpessoal, importa referir que o cuidador informal expressa o seu PaMVE utilizando a comunicação, não só como uma ferramenta de interação social, mas como um processo que se adapta a uma função definida: capacidade de descentramento em direção ao outro – pessoa idosa dependente, demonstrada através de códigos de recetividade e partilha (Phaneuf, 2005).

Esta capacidade expressa a vivência da sua vulnerabilidade ética, pois revela uma linguagem que se constitui na contração de si, na revelação do outro (cf. Levinas, p.12).

Estabelecendo uma comunicação funcional, este cuidador informal revela competências de índole executiva, pragmática e sociocultural, identificando-se pela capacidade de realizar no concreto e de um modo adequado a sua intenção comunicativa,

reconhecendo as relações e os papéis desempenhados (Caetano & Rasquilha, 2007). Perante tais competências, o PaMVE é caracterizado pela inteligência emocional do cuidador informal, pois este demonstra conhecer e adaptar-se às diversas situações que surgem na Relação de Cuidado à pessoa idosa dependente, ou seja, demonstra autocontrole na condução das suas potencialidades internas e interpessoais (Camargo, 2001).

1.2 – O CORPO: O AMBIENTE DE DESENVOLVIMENTO DE CUIDADOS

A intriga ética traz à tona uma significação resultante da consciência de si, pois o cuidador informal ao receber a ordem ética é-lhe doado o poder de resposta e cabe-lhe a ele decidir como atender à precariedade da pessoa idosa dependente (Levinas, 2000).

No campo ambiental, a categoria “O Ambiente de desenvolvimento de cuidados” é o corpo do PaMVE do cuidador informal, pois caracteriza o modo como este vivencia a sua vulnerabilidade ética, atribuindo sentido ao padrão.

Assim, para além de um rosto, a identidade do cuidador informal, enquanto ser que se mantém eticamente vulnerável, é caracterizada por um corpo de significações, estruturado de forma única pela sua capacidade de pensar, sentir e agir a relação de cuidado à pessoa idosa dependente.

No cuidado informal, que se traduz num processo complexo de relações interpessoais que pressupõe a co-participação de experiências, o ambiente envolvente ao cuidado desempenha um papel preponderante, uma vez que, como refere Rogers (1990), este conceito define um campo de energia irreduzível e infinito, identificado pelo padrão que manifesta características próprias do seu campo humano (cada campo ambiental é específico do seu campo humano).

As referidas relações interpessoais fazem do ambiente de desenvolvimento de cuidados um espaço social, ou seja, um campo de relações sociais entendido como um campo de energia construído de acordo com os posicionamentos mútuos e com a avaliação que deles fazem os atores sociais (Fernandes, 1992).

Ainda o mesmo autor (1992) refere que enquanto espaço construído, o ambiente de desenvolvimento de cuidados tem na sua base princípios de diferenciação que se constituem nas propriedades humanas e ambientais que atuam no campo de energia. Tais princípios compõem, assim, uma teia multidimensional de relações recíprocas, de

diferenças e antagonismos, distâncias e aproximações, concorrência e complementaridade (Pereira & Catani, 2002).

Vygotsky (2005) defende que o Homem é uma pessoa social resultado de uma internalização das relações sociais, através de um mecanismo semiótico. Toda a relação social é a relação de um eu e um outro e a sua internalização implica a conversão de dois numa unidade, onde o outro permanece sempre presente – o si-mesmo. “Pessoa é um membro de um grupo social específico, um ser em si, para os outros, para si-mesmo” (Vygotsky, 2005, p. 64). Nesta definição, Vygotsky defende que o outro passa a ser assim, ao mesmo tempo, objeto e agente do processo de internalização, ou seja, constitui o que é internalizado e é o mediador que possibilita a internalização (Sirgado, 2000).

Uma pessoa é um ser em si, um ser que tem significação para os outros, e que, através deles, adquire significação para si-mesmo (Vygotsky, 2005). Neste contexto, o mecanismo que possibilita a internalização das relações sociais é a significação produzida e veiculada pelo outro. De acordo com Sirgado (2000, p. 66),

“... o que é internalizado das relações sociais não são as relações materiais mas a significação que elas têm para as pessoas, a significação que emerge na própria relação. Dizer que o que é internalizado é a significação dessas relações, equivale a dizer que o que é internalizado é a significação que o outro (...) tem para o eu; o que, no movimento dialético da relação, dá ao eu as coordenadas para saber quem ele é, que posição social ocupa e o que se espera dele. Dito de outra forma, é pelo outro que o eu se constitui em um ser social com sua subjetividade.”

Enquanto mecanismo de internalização das relações sociais, a significação está na génese dos “processos mentais superiores” que, segundo Vygotsky (2005), ao serem resultado da conversão das relações sociais, são “relações sociais internalizadas”. Nesta linha de raciocínio, Sirgado (2000, p.72) refere que “os processos mentais superiores são a conversão, na esfera privada (plano da pessoa ou da subjetividade), da significação que as posições sociais têm na esfera pública”. Desta forma, a conversão do social em pessoal é um processo semiótico.

Como espaço social, essencialmente relacional e produto de uma construção, o ambiente de desenvolvimento de cuidados poderá assim definir-se como possibilidade de coexistência por ser um espaço vivido, isto é, um espaço de representações, de imagens e símbolos (Pereira & Catani, 2002) que dá sentido ao PaMVE do cuidador informal.

Desta forma, o ambiente de desenvolvimento de cuidados estrutura o modo como o cuidador informal vivencia a sua vulnerabilidade ética, pois retrata as relações sociais internalizadas pelo cuidador informal, pela pessoa idosa dependente e por outros atores

envolvidos na relação de cuidado, nas suas experiências quotidianas, através de determinadas configurações e julgamentos mentais que funcionam como princípios de avaliação e classificação do mundo que os rodeiam – as atitudes (Pereira & Catani, 2002).

As atitudes, enquanto “processos mentais superiores”, ao serem construídas nas relações interpessoais, resultantes de processos de comparação, identificação e diferenciação sociais, permitem ao indivíduo reconhecer qual a sua posição relativamente aos que o rodeiam, e expressam-se através de respostas avaliativas como a razão (respostas cognitivas), a emoção (respostas afectivas) e a ação (respostas comportamentais) (Lima, 2002). São estas respostas avaliativas do cuidador informal, da pessoa idosa dependente e de outros atores envolvidos na relação de cuidado que conceptualizam o ambiente de desenvolvimento de cuidados, enquanto espaço social construído e vivido, e fundamentam a existência de um PaMVE ao refletirem a vivência do cuidador informal na relação de cuidado, incorporada num conjunto de atitudes que se interrelacionam numa estrutura racional (gestão efetiva dos recursos e manutenção da interação social), emocional (valorização social do papel de cuidador e valorização da vivência com a pessoa idosa dependente), e comportamental (saber-poder do cuidador informal, bem-estar psicológico da pessoa idosa dependente e parceria no Cuidado), fortalecendo-lhe a identidade enquanto ser que se mantém eticamente vulnerável. (cf. Diagrama n.º 4, p. 64)

O PaMVE do cuidador informal apresenta, assim, uma estrutura multidimensional e dinâmica, aberta às influências intra e interdimensões, em que as dimensões estruturais do campo ambiental apresentam-se sob um equilíbrio móvel de tensões, sujeito a uma permanente classificação simbólica pelo cuidador informal. (cf. Diagrama n.º 4, p. 64)



Diagrama n.º 4 – O Corpo do Padrão de Manutenção da Vulnerabilidade Ética do Cuidador Informal

1.2.1 – Razão

A sub-categoria “Razão” (Código C) especifica as respostas cognitivas que, face ao cuidado prestado pelo cuidador informal à pessoa idosa dependente, conceptualizam o ambiente de desenvolvimento de cuidados e caracterizam o modo como este vivencia o seu PaMVE.

A razão, associada à natureza humana, é a capacidade de pensar que suporta pensamentos e opiniões e que permite operar conceitos em abstração, encontrando coerência ou contradição entre eles (Lima, 2002).

De acordo com o mesmo autor (2002), as respostas cognitivas ligam o objeto de atitude aos seus atributos ou consequências e exprimem uma avaliação mais ou menos favorável, ou seja, exprimem a forma como a atitude influencia o modo como é processada a informação, o modo como se organiza a cognição humana (função cognitiva da atitude). Neste sentido, a forma como a atitude do cuidador informal, face ao cuidado que presta à

pessoa idosa dependente em ambiente domiciliário, influencia o modo como a sua cognição humana está organizada é expressa através das propriedades “Gestão efetiva dos recursos” (Código C 1) e “Manutenção da Interação Social” (Código C 2). (cf. Diagrama n.º 5, p. 70)

Sendo o recurso um meio de qualquer natureza que permite alcançar aquilo a que nos propomos, a **gestão efetiva dos recursos**, enquanto resposta cognitiva do cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável é um conceito que se enquadra no planeamento operacional dos cuidados (Imperatorì & Giraldes, 1993). Deste modo, a gestão efetiva dos recursos implica uma racionalidade na tomada de decisões, em que o cuidador informal segue uma ordem de prioridades previamente estabelecida na gestão dos recursos existentes e necessários de forma a obter efetividade na organização dos cuidados que presta (Imperatorì & Giraldes, 1993). Congregando os benefícios de ser eficiente e eficaz, uma gestão efetiva dos recursos consiste em orientar os recursos na procura do melhor resultado (eficácia), desenvolvendo as atividades no melhor padrão de qualidade versus tempo (eficiência) (Imperatorì & Giraldes, 1993).

Na vivência da sua vulnerabilidade ética, o cuidador informal retrata esta gestão efetiva dos recursos ao transmitir o modo efetivo como gere, o “Tempo cronológico” (Código C 1.1), o “Suporte social percebido” (Código C 1.2), e os “Recursos materiais” (Código C 1.3). (cf. Diagrama n.º 5, p. 70)

Segundo Davies (2002), o tempo é uma questão fundamental para a nossa existência; é uma componente do sistema de medições usado para sequenciar eventos, para comparar a duração dos eventos, os seus intervalos, e para quantificar o movimento dos objetos. Enquanto meio que permite ao cuidador informal alcançar aquilo a que se propõe, o tempo cronológico é referenciado pelo mesmo autor (2002) como o período de tempo em que os acontecimentos se desenrolam e os atores realizam as suas ações, no decorrer de um tempo em sequência.

Com base neste conceito, o cuidador informal vivencia a sua vulnerabilidade ética tendo consciência da importância do tempo cronológico, gerindo-o efetivamente ao conjugar no quotidiano diferentes atividades com a prestação de cuidados, sendo que tal encadeamento é realizado em função do tipo de atividades a realizar: *“Tenho que aproveitar o tempo... quando o tempo não é muito saio sempre aqui por perto, vou à farmácia, ao café.”* [S3, O3, L88]; *Enquanto está sentado a ler o jornal e transmite à filha o que vai fazer à rua, olha para o relógio que tem colocado no pulso.* [S4, O3, L90].

Quando este cuidador informal ... *olha para o relógio que tem colocado no pulso e (...) refere “vou parar um bocado com isto e vou lá a casa ver se está tudo bem com o teu pai.”* [S2, O4, L20] e partilha que *“Após o almoço, como demora algum tempo até chegar a hora dele lanchar, aproveito para ir regar as flores do quintal”* [S10, E6, L61], retrata que, na efetividade com que gere o seu tempo, tem em conta as necessidades percebidas da pessoa idosa dependente no desenvolvimento das AV's (Código A 2.1).

Também o modo percebido de como a pessoa idosa dependente desenvolve as AV's (Código A 2.2) suporta o encadeamento das diferentes atividades na prestação de cuidados, sendo que o mesmo cuidador informal refere *“Enquanto ele comeu o pequeno-almoço estendi a roupa e apanhei do chão a porcaria do cão, (...) depois vim para dentro, dei-lhe os medicamentos e vim preparar o almoço...”* [S6, E2, L27], e *“Durante a sesta, que é uma altura em que ela está deitada, sossegada e sem perigo de cair, sei que posso demorar mais tempo na rua”* [S9, E5, L94].

É ainda de salientar que o cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável, na gestão efetiva do seu tempo, tem por base o suporte social que recebe: *“... à tarde já tenho estado num lugar qualquer e se for preciso posso demorar-me mais tempo, pois sei que está aqui a filha em casa...”* [S6, E2, L56] *“... mesmo que demore mais tempo não fico preocupado porque sei que a minha nora está cá em casa...”* [S9, E5, L96].

Deste modo, um outro recurso mencionado por este cuidador informal, na avaliação da sua vivência, é o suporte social percebido. Van Riper (2001) defende que o suporte social percebido refere-se às unidades sociais (família, amigos, profissionais de saúde) que o cuidador informal percebe como disponíveis, em resposta aos seus pedidos de ajuda e assistência. Neste sentido, numa gestão efetiva do suporte social, o cuidador informal vivencia a sua vulnerabilidade ética ao diferenciar o tipo de suporte social recebido, ou seja, seleciona as unidades sociais, conjugando a perceção das suas capacidades/necessidades e as da pessoa idosa dependente com a especificidade do suporte recebido pelas diferentes unidades sociais.

O cuidador informal ao dizer, *“tem que ser o meu filho a ajudar-me (...) porque eu já não tenho força para o agarrar”* [S1, O2, L23], *“nunca tive jeito para cozinhar e, por isso, peço à minha filha que, do que cozinha lá para casa, me deixe aqui um bocado para nós os dois, que eu depois aqueço...”* [S4, O2, L38], e *“... no outro dia fui numa excursão a Fátima (...) a nora e o filho (...) tiveram que lhe dar a comida”* [S5, E1, L68], descreve a diferenciação que faz do suporte social percebido, de acordo com as suas capacidades/necessidades.

No que diz respeito à pessoa idosa dependente, quando o cuidador informal partilha que *“... às vezes quando vou a algum lado, deixo-a controlada nas refeições e num papelinho escrito às meninas peço-lhes o favor de lhe darem uma pinguinha de água...”* [S5, E1, L71], *“De 2 em 2 meses as enfermeiras vêm cá mudar a algália à minha mulher e (...) peço-lhes para (...) lhe verem a pele...”* [S7, E3, L64], e *“Quando saio (...) não fico preocupada porque sei que o meu marido está cá em casa e começa a preparar-lhe o lanche se eu não estiver”* [S8, E4, L60]; retrata que também as capacidades/necessidades da mesma são uma preocupação do cuidador informal quando este gere o suporte social percebido.

Sendo os recursos materiais meios físicos e concretos que ajudam o cuidador informal a conseguir atingir determinado objetivo no cuidado que presta à pessoa idosa dependente (Imperatori & Giraldes, 1993), a vivência da sua vulnerabilidade ética é caracterizada pelo facto do mesmo providenciar a existência e a preparação prévia de todos os materiais necessários à prestação de cuidados, visando a satisfação das necessidades percebidas da pessoa idosa dependente no desenvolvimento das AV's (Código A 2.1) e o modo percebido de como a pessoa idosa dependente as desenvolve (Código A 2.2).

Tais necessidades estão bem presentes, quando verificamos que o cuidador informal, *na sala, onde já ligou o aquecedor, antes de o transferir da cadeira de rodas, reveste o cadeirão com um lençol e aplica-lhe uma almofada e uma sogra* [S2, O1, L71] e *antes da chegada das ajudantes familiares, e já com o aquecedor ligado, (...) coloca em cima da sua cama (...) duas toalhas médias, duas bacias de plástico, uma fralda, um pijama, produtos de higiene, um creme hidratante e um creme vitaminado* [S4, O1, L19].

O facto deste cuidador informal referir que *“quando vai à fisioterapia visto-lhe sempre fato de treino para ser mais fácil fazer os exercícios”* [S1, O2, L21] e de observarmos que o mesmo, *ainda na cozinha, prepara previamente um tabuleiro com um pano de cozinha, dois guardanapos de papel, um copo com água morna, duas colheres, a tijela da sopa e a taça com a sobremesa* [S3, O1, L86], revelam que, também o modo percebido de como a pessoa idosa dependente desenvolve as AV's suporta a sua capacidade para gerir efetivamente os recursos materiais na prestação de cuidados.

Enquadrado no ambiente de desenvolvimento de cuidados, enquanto espaço social, a interação social adquire uma importância elevada, pois é entendida como as relações sociais, interpessoais que se estabelecem no sentido de um interesse constante e uma habilidade para revelar modos de entendimento do comportamento do outro, além da captação da intenção comunicativa. Sirgado (2000) completa esta ideia, ao referir que as

relações sociais constituem um complexo sistema de posições sociais e de papéis associados a essas posições, que define como os diferentes atores se situam uns em relação aos outros e quais são as expectativas de conduta ligadas a essas posições.

Assim sendo, o cuidador informal que está eticamente vulnerável dá sentido à função cognitiva da sua atitude, face ao cuidado que presta à pessoa idosa dependente, através da **manutenção da interação social** com diferentes atores, para a qual mobiliza diferentes argumentos ao nível do suporte emocional, informacional e instrumental (Rasulo, Christensen & Tomasini, 2005), retratados no “Significado das relações sociais” (Código C 2.1) e na “Função das relações sociais” (Código C 2.2). (cf. Diagrama n.º 5, p. 70)

Tendo por base o conceito anterior de relações sociais (Sirgado, 2000), a forma como os diferentes atores se situam no espaço social, a partir dos papéis que assumem perante o outro, resulta do significado das relações sociais atribuído por cada ator. Neste contexto, o significado define o sentido, o valor representativo da relação social que o cuidador informal ao interagir percebe e, mediante tal significado, incorpora um papel social de si-mesmo na relação com o outro. Deste modo, na vivência da sua vulnerabilidade ética, este cuidador informal desempenha diferentes papéis consoante o tipo de relação social.

Nas relações intrafamiliares o cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável considera-se um suporte informacional e instrumental.

Ao referir “... quando o meu filho, a minha nora e os meus netos começaram a ficar com a minha mãe tinha que lhes dizer como é que deviam fazer porque eles não sabiam” [S3, O2, L43], e “... para que a minha filha me possa ajudar com a mãe (...) tenho que lhe dizer como é que ela deve fazer durante o banho, para mudar a fralda, para a levantar e deitar, e até mesmo para lhe dar a comida” [S4, O2, L67], este cuidador informal percebe o valor representativo que o seu suporte informacional tem na manutenção das suas relações intrafamiliares.

Quando partilha que “esta roupa é dos meus netos, ajudo as minhas filhas a tratar da roupa lá de casa ... elas trazem ao fim-de-semana e levam-na já passada a ferro durante a semana” [S2, O4, L67], e que “... ajudo a minha nora sempre que ela precisa sair a algum lado... deixa-os cá (os netos), (...) e tomo conta deles, dou-lhes o almoço ou até o lanche” [S9, E5, L63], este cuidador informal atribui a si-mesmo também o papel de suporte instrumental nas suas relações intrafamiliares.

No que diz respeito às relações extrafamiliares, o cuidador informal que está eticamente vulnerável tem os papéis de suporte emocional e informacional aos pares (amigos e vizinhos).

Ao observarmos que ... *em conversa com a vizinha (...) depois de esta lhe dizer que o marido se encontra internado (...), conforta-a com palavras de esperança e otimismo no futuro* [S3, O3, L28], e perante o discurso de que “... *vou à mercearia, converso com várias pessoas conhecidas e (...) sou eu que lhes dou um apoio dizendo-lhes para terem coragem e arranjam forças para continuarem o que estão a fazer*” [S6, E2, L38], verificamos o suporte emocional desempenhado pelo cuidador informal.

O suporte informacional aos pares está retratado, quando este cuidador informal, ... *enquanto espera que chamem o marido para a fisioterapia, (...) conversa com outros cuidadores (...) esclarecendo-os sobre a importância de beber água para manter a pele sem feridas* [S1, O2, L64], e refere que “*até o meu vizinho tem aprendido com a situação do meu marido... no início dele vir cá ajudar-me eu tinha que lhe dizer onde é que ele o devia agarrar...*” [S2, O1, L31].

A função das relações sociais é entendida por Sirgado (2000) como o efeito que as ações/reações de cada ator produzem nas ações/reações do outro no decorrer de uma relação social. Neste sentido, a função está associada à expectativa de conduta do outro que o cuidador informal percebe para si-mesmo, como consequência da relação social. Com base neste conceito, o cuidador informal vivencia a sua vulnerabilidade ética tendo consciência que estabelece determinadas relações sociais, nas quais os diferentes atores desenvolvem atividades que têm uma função para si-mesmo. Deste modo, nas diferentes atividades do quotidiano este cuidador informal considera que as relações sociais que mantém com os familiares têm a função de suporte instrumental: “... *é o meu filho que me pinta as casas e corta as ervas do quintal*” [S9, E5, L76], “... *peço a uma delas (filhas) para ir comigo ao supermercado comprar o avio da semana (...) e elas vão*” [S7, E3, L43].

Também no cuidado à pessoa idosa dependente o suporte instrumental é evidenciado pelo cuidador informal, quando refere que “*As meninas (ajudantes familiares) vêm todos os dias lavá-la (...) incluindo o fim-de-semana*” [S3, O2, L9], e “*A minha filha ajuda-me a deitá-la e a mudar-lhe a fralda*” [S6, E2, L35].

Para além deste tipo de suporte, o cuidador informal percebe que as relações sociais que estabelece com os diferentes profissionais de saúde têm a função de suporte informacional relevando, assim, a aquisição de conhecimentos para tomar cuidado da

pessoa idosa dependente como resultado de tais relações: *“Ela (fisioterapeuta) ensina-me quais os exercícios que lhe posso continuar a fazer em casa”* [S1, O2, L34], *“Elas (enfermeiras) (...) ensinaram-me que quando o meu marido tem alguma zona vermelha, para além de por a pomada, tenho que massajar com gelo”* [S8, E4, L48].

Racionalmente o suporte emocional é também considerado importante como função das relações sociais, pois o cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável retira prazer da manutenção da interação social num ambiente extra e intra domiciliário. Deste modo, identifica às relações sociais as funções de lazer, recreio e distração, ao transmitir *“...quando saio o convívio com outras pessoas faz-me desanuviar, ficar aqui fechado em casa (...) não”* [S5, E1, L76], e *“Os meus netos passam cá muito tempo connosco... para mim eles precisarem que lhes faça determinadas coisas não é trabalho nenhum, mas sim uma distração”* [S9, E5, L67]. Ainda no âmbito do suporte emocional, este cuidador informal, ao referir *“... conseguir ajudar os outros (cuidadores informais) com a minha experiência faz-me sentir bem”* [S6, E2, L86], e *“Sinto-me satisfeita em ver que o meu dia-a-dia serve de exemplo para alguém”* [S10, E6, L82], revela que as relações sociais com pares fazem-no sentir satisfação.

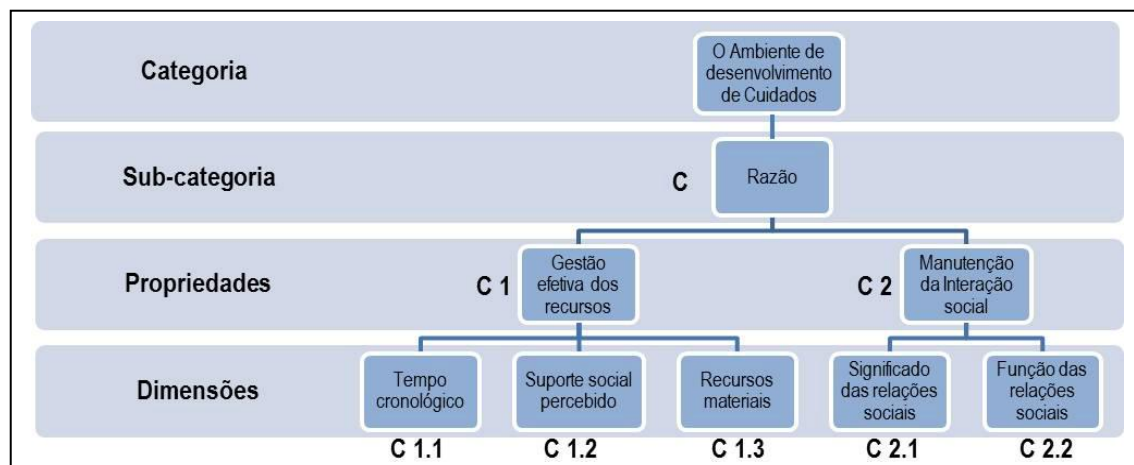


Diagrama n.º 5 – Atributos que definem como a “Razão” dá sentido ao Padrão de Manutenção da Vulnerabilidade Ética do Cuidador Informal

1.2.2 – Emoção

A sub-categoria “Emoção” (Código D) especifica as respostas afetivas que, face ao cuidado prestado pelo cuidador informal à pessoa idosa dependente, conceptualizam o

ambiente de desenvolvimento de cuidados e caracterizam o modo como este vivencia o seu PaMVE.

A emoção é uma experiência subjetiva associada à personalidade e à motivação (Lima, 2002). De acordo com o mesmo autor (2002), as respostas afetivas exprimem a função motivacional da atitude, uma vez que constituem uma avaliação dos custos e dos benefícios da atitude, optando o indivíduo pela atitude que lhe permita obter o melhor ajustamento social, maximizando as recompensas e minimizando as punições.

Deste modo, a forma como a atitude do cuidador informal e de outros atores envolvidos no processo de cuidados à pessoa idosa dependente em ambiente domiciliário influencia o modo como o cuidador informal organiza os interesses e estímulos necessários para superar todos e quaisquer obstáculos e desafios na relação de cuidado, é expressa através das propriedades “Valorização social do papel de cuidador” (Código D 1) e “Valorização pessoal da vivência com a pessoa idosa dependente” (Código D 2). (cf. Diagrama n.º 6, p. 74)

Sendo o valor a dimensão de volume que possibilita avaliar uma pessoa, uma família, uma comunidade e até mesmo uma sociedade, **valorização social** é o elogio, o louvor dado à outra pessoa reconhecendo e enaltecendo o seu desempenho (Marques, 2010). O mesmo autor (2010) refere ainda que, no mundo globalizado em que vivemos, a procura pelo sucesso é cada vez maior e é essa procura que move as pessoas para a ação dando-lhes força para enfrentar os desafios e os obstáculos que são uma constante na vida da grande maioria das pessoas. Neste sentido, o aperfeiçoamento no desempenho dos papéis sociais é alcançado quando se consegue ser reconhecido e elogiado pelos outros e, por isso, a satisfação humana está na valorização do homem pela sociedade (Marques, 2010).

O elogio que enaltece o desempenho do papel de cuidador é retratado por familiares, vizinhos, ajudantes familiares e profissionais de saúde que, face ao cuidado prestado pelo cuidador informal à pessoa idosa dependente, valorizam a “Singularidade” (Código D 1.1) e a “Mestria” (Código D 1.2) do mesmo. (cf. Diagrama n.º 6, p. 74)

A singularidade tem origem nas experiências sociais uma vez que a separação do individual e a distinção entre pessoas são primeiramente realizadas no plano social e, depois, reconstruídas pelo próprio indivíduo (Janet, 2005). Para Rosanvallon (2011) a singularidade, sendo a forma como cada pessoa se manifesta pelo que lhe é próprio, suscita o reconhecimento das particularidades. A valorização da singularidade do cuidador informal tem um efeito imediatamente social: não marca uma tendência de individualismo

e de distanciamento em relação à sociedade, mas fundamenta um reconhecimento mútuo, em que a diferença é o que os une e não o que os separa (Rosanvallon, 2011).

A vivência da vulnerabilidade ética por parte do cuidador informal caracteriza-se pela valorização social da sua presença constante junto da pessoa idosa dependente *“é uma rapariga cheia de sorte... tem aqui um marido que está sempre ao pé de si, (...) já não há muitos assim!”* [S5, O1, L26].

O papel do cuidador informal é socialmente valorizado pelo enriquecimento desta presença com a preocupação do mesmo para com a pessoa idosa dependente: *“(...) é espantoso como ao fim de tanto tempo a Sr.^a ainda continua a preocupar-se com o seu marido como se tivesse começado hoje a tomar conta dele...”* [S6, O3, L35], *“Oh vizinha, tem muita sorte de ter o marido que tem! Não há ninguém que se preocupe mais consigo do que ele...”* [S7, O1, L51].

Quando a Enfermeira refere *“... olhem para isto (...) é uma sortuda em ter uma filha que continua a acreditar no que a Sr.^a consegue fazer e não desiste de si.”* [S10, O1, L33], está ainda a valorizar o cuidador informal pelo modo como este crê nas capacidades da pessoa idosa dependente.

O crer na pessoa idosa dependente é complementado pela paciência que este cuidador informal revela e que também é valorizada socialmente: *“Realmente só você (esposa) para ter (...) a paciência de continuar a insistir com ele para agarrar a colher e a dar-lhe tempo para que ele o consiga fazer...”* [S9, O2, L54].

Neste sentido, a valorização social das diferentes particularidades deste cuidador informal explicita o seu valor existencial na totalidade singular do seu ser. A singularidade humana deste cuidador informal é socialmente valorizada como o significado único da alteridade do ser, uma intersubjetividade genuína de inclusão do outro-pessoa idosa dependente na dimensão interpessoal da relação de cuidado: *“Já não se fazem esposas assim... para a minha mãe primeiro está o meu pai e depois está ela, faz tudo para que ele esteja bem!”* [S6, O1, L31], *“... há poucos maridos destes... o seu marido vive em função daquilo que você precisa!”* [S7, O2, L33].

O elogio, *“... tenho que lhe dar os parabéns por ser como é para a sua mãe, há poucas pessoas que têm esta sorte!”* [S10, O2, L62], valoriza, assim, a forma particular de simplesmente ser o que se é, ou seja, o encontro com o outro que é também o encontro com o si-mesmo.

Também a mestria do cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável é valorizada socialmente. Para De La Cuesta (2004), a mestria do cuidador informal

expressa-se no conhecimento acumulado e na perícia adquirida no manejo das situações, sendo determinante na hora de tomar decisões cruciais. Na vivência da vulnerabilidade ética por parte do cuidador informal, a valorização social da sua mestria integra a valorização das suas perícias cognitivas, emocionais e sociais na relação de cuidado à pessoa idosa dependente.

As afirmações de uma familiar e de uma enfermeira, respectivamente, *“Está bem assim? É que o pai é que sabe a melhor forma de pôr as almofadas!”* [S4, O3, L49], e *“Não é necessário explicar os cuidados a ter com a algália pois o Sr. Sebastião (cuidador) já os sabe muito bem.”* [S7, O3, L55], valorizam a mestria cognitiva deste cuidador informal, pois reconhecem os conhecimentos que este possui e que o faz ser perito no tomar cuidado da pessoa idosa dependente.

No que diz respeito à mestria emocional do cuidador informal, é socialmente valorizada a sua perícia na gestão dos sentimentos do outro-pessoa idosa dependente: *“... a D.^a M. fica muito mais calma e colaborante com a sua presença (do cuidador).”* [S7, O3, L45]; bem como na gestão dos sentimento de si-mesmo: *“Admiro a sua força e pensamento positivo, também gostava de ser assim!”* [S3, O3, L30].

O reconhecimento pela mestria social do cuidador informal, ou seja, pela perícia em desempenhar diferentes papéis sociais é retratado quando observamos uma ajudante familiar a referir *“Não se pode esquecer que a D.^a Maria para além de ser sua filha, também é uma esposa e uma mãe exemplar...”* [S8, O3, L35], e uma vizinha que ao perguntar, exclama *“... quer ir beber um cafêzinho? É que a vizinha (cuidadora) é que me põe a par das novidades!”* [S10, O2, L71].

Perante uma base social, e aplicando a si-mesmo o que vivenciou com os outros, a **valorização pessoal** é a descoberta em si-mesmo do seu próprio potencial humano, é acreditar em si-mesmo (Marques, 2010). Importa ainda referir que o Homem é movido pela sua valorização pessoal pois ao acreditar no seu potencial, torna-se otimista, olha a vida com mais ânimo, sabe o que quer da vida e, com determinação, acaba por responder de forma decidida e efetiva, alcançando os objetivos desejados e obtendo sucesso (Marques, 2010).

O cuidador informal que está eticamente vulnerável retrata esta crença em si-mesmo, valorizando na vivência com a pessoa idosa dependente a “Afetividade” (Código D 2.1) e a “Responsabilidade” (Código D 2.2) que sente como qualidades que lhe

permitem superar obstáculos e desafios, bem como obter sucesso no cuidado à pessoa idosa dependente em ambiente domiciliário. (cf. Diagrama n.º 6, p. 75)

Como potencialidades humanas, estas qualidades são interpretadas por este cuidador informal como energias que o motivam e o impulsionam à ação; são como molas propulsoras da sua ação.

Dantas (2006) define afetividade como um estado psicológico que permite demonstrar ao outro as suas emoções, sentimentos e paixões. O mesmo autor (2006) defende ainda que a afetividade não permanece imutável, pois evolui ao longo do desenvolvimento humano, podendo ser identificada em duas etapas: a primeira de base mais orgânica (iniciada nos primeiros dias de vida – afetividade orgânica) e a outra de base mais social (afetividade moral).

Neste sentido, o cuidador informal na vivência da sua vulnerabilidade ética revela a base social da sua afetividade, isto é, a sua afetividade moral ao valorizar a afetividade como algo que suporta a sua sensibilidade e suscetibilidade à pessoa idosa dependente: *“Orgulho-me do amor que sinto e que me faz estar muito atento e sempre disponível ao que ela (esposa) precisa.”* [S5, E1, L117], *“... o meu amor por ela faz-me estar sempre pronto para fazer tudo o que ela precisa.”* [S7, E3, L191].

Vivenciando o cuidado de forma subjetiva, este cuidador informal enfatiza ainda a afetividade para com a pessoa idosa dependente como algo subjacente à continuidade das relações interpessoais e da união com a mesma, bem como à sua intensificação/fortalecimento. Quando o cuidador informal refere que, *“Tomar conta da minha esposa é uma continuidade do que vivemos no passado... sou tão dependente dela como ela de mim.”* [S4, O1, L16], e *“Não me imagino sem o meu marido aqui em casa, estes últimos meses têm sido muito intensos e a nossa relação continua muito forte.”* [S9, E5, L22], retrata a continuidade da união entre si e a pessoa idosa dependente.

Já o fortalecimento da união é caracterizado pelo cuidador informal como sendo a relação de cuidado que tem vindo a potenciar maior confiança entre ambos: *“Desde que ele não anda e deixou de sair de casa sozinho, temos mais tempo para conversar e falamos de assuntos que não falávamos antes”* [S6, E2, L76]; a tornar a pessoa idosa dependente a sua grande companhia: *“À medida que o tempo passa a minha esposa torna-se cada vez mais a minha grande companhia”* [S7, E3, L52]; e a reforçar a confiança e partilha: *“... agora conseguimos ter uma verdadeira relação entre mãe e filha, (...) a nossa maior convivência reforçou a confiança e a partilha entre nós”* [S10, E6, L22].

Uma pessoa é responsável quando inclui nos motivos da sua ação, a previsão dos possíveis efeitos do seu próprio agir, possuindo autodeterminação e consciência nos atos praticados (Kuiava, 2006). Tendo por base este conceito mais abrangente, na relação de cuidado à pessoa idosa dependente, o cuidador informal que está eticamente vulnerável valoriza a responsabilidade enquanto princípio ético, uma responsabilidade moral vivenciada como resposta a um chamamento do outro – pessoa idosa dependente, como obediência a uma vocação ou a uma eleição pelo bem além do ser (Levinas, 1993, 2000, 2005): “Então, tenho que fazer tudo para que ele (marido) esteja bem!” [S6, O1, L33], “Estando ela (esposa) a precisar do meu apoio, a minha função é estar ao seu lado” [S7, O3, L47].

Importa referir que nesta vivência, este cuidador informal não considera a existência de uma negação, do eu a favor do outro, mas sim a afirmação da sua individualidade, pois ninguém pode assumir no seu lugar essa condição: “... é o meu marido e cabe-me a mim dar-lhe o que ele merece” [S1, O1, L36], “... tenho consciência que o bem-estar da minha esposa depende muito de mim” [S7, E3, L65].

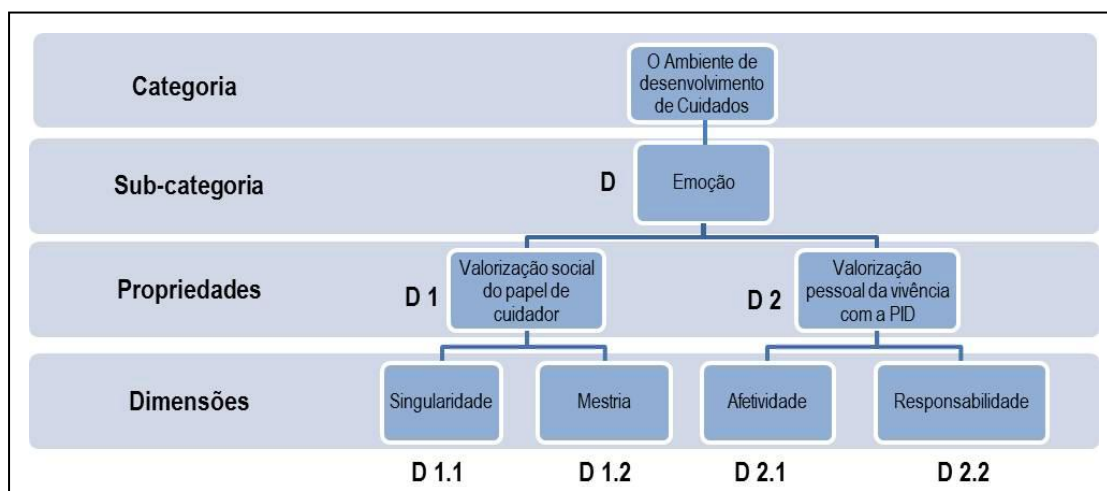


Diagrama n.º 6 – Atributos que definem como a “Emoção” dá sentido ao Padrão de Manutenção da Vulnerabilidade Ética do Cuidador Informal

1.2.3 – Ação

A sub-categoria “Ação” (Código E) especifica as respostas comportamentais que, face ao cuidado prestado pelo cuidador informal à pessoa idosa dependente,

conceptualizam o ambiente de desenvolvimento de cuidados e caracterizam o modo como este vivencia o seu PaMVE.

A ação designa o conjunto de formas de comportamento que são concretizadas de forma voluntária (Lima, 2002). O mesmo autor (2002) refere ainda que tais formas de comportamento requerem a existência de uma intenção exprimindo, assim, a função de orientação para a ação da atitude, na medida em que constituem o impacto da atitude no comportamento enfatizando o seu papel quer na previsão, como na justificação posterior do comportamento humano.

Neste sentido, a forma como a atitude do cuidador informal e de outros atores envolvidos na relação de cuidado à pessoa idosa dependente em ambiente domiciliário influencia o comportamento do cuidador informal, é expressa através das propriedades “Saber-poder do cuidador informal” (Código E 1), “Bem-estar psicológico da pessoa idosa dependente” (Código E 2) e “Parceria no Cuidado” (Código E 3). (cf. Diagrama n.º 7, p. 84)

No quotidiano da relação de cuidado à pessoa idosa dependente em ambiente domiciliário, nas vivências concretas e particulares, o cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável age movido por necessidades estratégicas e por subjetividades e não por interesses pessoais. Foucault (2008), na sua obra “A arqueologia do saber”, refere que tais estratégias e táticas subjetivas e silenciosas expressam relações microfísicas de poder que determinam o conhecimento, o saber do cuidador informal que vivencia a sua vulnerabilidade ética. De acordo com o mesmo autor (2008), este cuidador informal possui um **saber-poder**, ou seja, um saber que, como consequência das relações de poder, é construído na interação social da relação de cuidado através de um poder produtivo e não repressivo, que se apresenta como instrumento de constituição de um sujeito que se autodisciplina.

Neste sentido, este cuidador informal é o centro de transmissão de um poder que o constituiu e que ocorre nas relações sociais e múltiplas sujeições (Foucault, 2008). “Artifícios” (Código E 1.1), “Organização contextual” (Código E 1.2) e “Agir com a pessoa idosa dependente” (Código E 1.3) são dimensões que, ao traduzirem os meios e as formas como o cuidador informal que está eticamente vulnerável exerce o poder e estabelece o saber, respetivamente, caracterizam o tomar cuidado da pessoa idosa dependente. (cf. Diagrama n.º 7, p. 84)

Os artifícios, com origem no latim *artificium* que significa arte, profissão, conhecimento técnico e habilidade, consistem em meios artificiais ou processos

engenhosos desenvolvidos com o objetivo de resolver ou obter algo. O cuidador informal, na vivência da sua vulnerabilidade ética, toma cuidado desenvolvendo diferentes artifícios que, tendo por base a criatividade e o conhecimento acerca da pessoa idosa dependente, se caracterizam por atividades de distração e pela adaptação, no cuidado, de diversos utensílios comuns da vida cotidiana.

Relativamente às atividades de distração, observámos que o cuidador informal *enquanto dá de comer à esposa vai-lhe contando histórias passadas em comum para a distrair, fazendo com que a mesma engula os alimentos sem recusar* [S7, O1, L72], e ... *posiciona a cadeira de rodas em frente à televisão e, distraída, a mãe deixa a Sr.ª Enfermeira fazer o penso sem perturbações* [S10, O1, L72].

Promovendo a satisfação das necessidades da pessoa idosa dependente no desenvolvimento das diferentes AV's, observámos que este cuidador informal ... *coloca aos pés da cama uma caixa grande de papelão espesso, com duas faces recortadas, a fazer de gaiola evitando a pressão da roupa da cama sobre o corpo da esposa* [S5, O2, L83], ... *abre a sombrinha que fixou na cadeira de rodas protegendo o marido do sol* [S6, O2, L61], e ... *quando retira o saco coletor de urina, utiliza uma mola da roupa para clampar a algália* [S7, O3, L35].

É ainda de salientar que através dos artifícios, mais do que a satisfação das necessidades, o cuidador informal consegue promover a autonomia da pessoa idosa dependente, pois *junto ao rebordo do polibã existem pneus a fazer de rampas possibilitando a entrada e a saída da cadeira higiénica* [S2, O1, L27], e ... *coloca no pulso do marido uma pulseira de pano adesiva, com atilho cosido à esponja de banho e, desta forma, mesmo deixando cair a esponja durante o banho, conseguiu sempre agarrá-la novamente sem ajuda* [S6, O1, L52].

Sendo organização uma unidade social coordenada, consciente, composta por duas ou mais pessoas, que trabalha com o propósito de alcançar uma meta ou um conjunto de objetivos comuns (Caetano & Vala, 2007), a organização contextual define o modo como o cuidador informal que está eticamente vulnerável organiza o cuidado que presta à pessoa idosa dependente. Na organização contextual a estrutura da organização é moldável pois constrói-se em torno dos problemas vivenciados no quotidiano e, consequentemente, centra-se na ação e nos meios de organizar e desenvolver essa ação (Cunha, Cabral-Cardoso, Cunha e Rego, 2006). Neste sentido, e de acordo com os mesmos autores (2006), a estrutura da organização contextual não é algo possuído, mas sim algo resultante de um processo de construção.

Desta forma, o tomar cuidado da pessoa idosa dependente é organizado mediante uma estrutura construída ao longo do desenvolvimento da relação de cuidado. Neste processo é o cuidador informal que, ao manter a sua vulnerabilidade ética na relação de cuidado à pessoa idosa dependente, é o elemento central do funcionamento organizacional, pois possui capacidade de decisão e orienta a ação de forma estratégica, através de um mecanismo de auto-regulação que lhe permite aplicar sistematicamente a sua mestria cognitiva, emocional e social (Código D 1.2), à percepção do outro – pessoa idosa dependente (Código A 2), à gestão efetiva dos recursos (Código C 1) e à manutenção da interação social (Código C 2).

Quando o cuidador informal, *telefona à filha pedindo-lhe que venha ajudá-lo a deitar a mãe pois esta está cansada de estar sentada* [S4, O3, L19], *perante a chegada da Enf.^a, explica às ajudantes familiares que não é preciso posicionarem a D.^a A. pois ele próprio o fará no fim da Enf.^a avaliar a TA* [S5, O1, L18], e ... *dirige-se ao quarto com um copo de água na mão e, justificando que está atrasado na preparação do almoço, pede à vizinha para dar água à esposa* [S7, O1, L45], demonstra orientar o cuidado, articulando estrategicamente os recursos disponíveis com as necessidades percebidas da pessoa idosa dependente e com o modo percebido de como a mesma desenvolve as AV's.

Também a percepção de tais necessidades e do modo como a pessoa idosa dependente desenvolve as AV's, sustenta a tomada de decisão do cuidador informal aquando da realização das suas atividades de lazer e recreio, pois constatámos que este *enquanto a mãe fica a dormir e até a hora de fazer o almoço, caminha até ao café deambulando com passos curtos, a ritmo de passeio e sempre que encontra alguém pára para conversar* [S3, O3, L38], e ... *ao ouvir um ruído que lhe parece vir do quarto, pára de fazer renda com as amigas e dirige-se até ao quarto certificando-se que o marido está bem* [S9, O3, L44].

Já o cuidador informal que, *após certificar-se que a esposa está a dormir, desloca-se até à cozinha informando a filha que vai sair...* [S4, O3, L101], e *após receber o telefonema da filha a dizer que amanhã poderá não estar em casa, pergunta-lhe (a cuidadora) se naquele momento pode ficar com o pai que está a dormir a sesta...* [S6, O3, L20], retrata uma capacidade de organização regulada por uma articulação efetiva entre a sua percepção da pessoa idosa dependente, os recursos ao seu dispor e a manutenção da sua interação social.

Deste modo, o cuidador informal que está eticamente vulnerável planeia e constrói uma ordem sobre como toma cuidado da pessoa idosa dependente, sendo que a justificação

da ação é feita de modo circunstancial e por referência à organização dos saberes mediada pela estruturação interativa dos diferentes atores sociais na relação de cuidado. Para além de engenhoso, o saber-poder deste cuidador informal é também contextual.

Como prolongamento da organização contextual, o agir com a pessoa idosa dependente enfatiza a participação da mesma no tomar cuidado, uma vez que o cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável orienta e focaliza o cuidado que presta na pessoa idosa dependente, visando a manutenção da saúde da pessoa em todas as suas dimensões, tendo em conta a sua globalidade, e não nas atividades a desenvolver.

Assim sendo, a participação ativa da pessoa idosa dependente no cuidado é especificamente retratada quando este cuidador informal avalia e responde às necessidades percebidas da pessoa idosa dependente no desenvolvimento das AV's (Código A 2.1): *enquanto massaja com creme hidratante, faz-lhe movimentos de extensão e flexão das pernas...* [S1, O1, L52], *liga o ar condicionado antes dos cuidados de higiene...* [S3, O2, L26], *antes de almoçar faz-lhe o teste da glicémia...* [S8, O1, L42].

Para além das necessidades, também a promoção das capacidades da pessoa idosa dependente é um foco do cuidado prestado por este cuidador informal. Deste modo, quando o cuidador informal *seleciona o canal de televisão que está a transmitir o programa que o marido gosta de ver...* [S2, O1, L72], e questiona *... o marido se quer gelatina para a sobremesa* [S9, O2, L72], bem como *... a mãe acerca do perfume que quer colocar* [S10, O3, L97], são situações que espelham a oportunidade que é dada à pessoa idosa dependente para que esta tome decisões de acordo com o seus gostos e desejos. Enquanto capacidade, o autocuidado da pessoa idosa dependente é ainda promovido pelo cuidador informal quando este *... espera que o marido levante os pés e os assente nos pedais da cadeira de rodas...* [S1, O2, L35], *envolve os pequenos pedaços de alimentos e espera algum tempo para que a esposa os consiga mastigar e deglutir...* [S5, O3, L52], e *... espera que o marido lave sozinho a cara, o tronco e os braços...* [S6, O1, L48].

Perante tais estratégias, o exercício do saber-poder do cuidador informal pode ser caracterizado como uma guerra tática e silenciosa que, não sendo um instrumento de liberdade pessoal, pois é exercido e não possuído, apresenta a existência da liberdade do outro como fundamental, garantindo a possibilidade de reação por parte daqueles sobre os quais o poder é exercido (Foucault, 2008). A reação dos diferentes atores sociais caracteriza-se pelo bem-estar psicológico da pessoa idosa dependente e pela parceria no Cuidado.

O **bem-estar psicológico**, inspirado no sentido aristotélico de felicidade ou *eudaimonía*, consiste na atividade da alma dirigida pela virtude e orientada para a perfeição e para a realização pessoal do *self* (Ryff & Singer, 2006). Assumindo o bem-estar como efetivação do potencial humano, o acento é colocado no desenvolvimento psicológico e na procura do significado para a vida, e o bem-estar psicológico consiste no que a pessoa faz ou pensa e não no que ela sente (Simões, 2006). A natureza eudemonista do bem-estar psicológico, constitui-se como uma abordagem sensível e um recurso adaptativo ao processo de envelhecimento, uma vez que possibilita a compreensão de como as pessoas à medida que envelhecem, se tornam agentes ativos de mudanças efetuadas em si próprios e no seu ambiente, de modo a assegurarem o bem-estar psicológico (Fonseca, 2006).

A pessoa idosa dependente cuidada pelo cuidador informal que está eticamente vulnerável revela uma percepção de bem-estar sob a perspetiva de um funcionamento psicológico positivo, enfatizando a “Aceitação de si” (Código E 2.1) e as “Relações positivas com os outros” (Código E 2.2). (cf. Diagrama n.º 7, p. 84)

A aceitação de si diz respeito à manutenção de atitudes positivas para com o *self*, à aceitação dos seus múltiplos aspetos, bons e maus, e aos pensamentos positivos acerca da vida passada (Ryff & Singer, 2006).

A pessoa idosa dependente revela bem-estar psicológico ao apresentar respostas comportamentais de satisfação face, à vida passada e à aquisição/manutenção de determinadas competências no desenvolvimento das AV's, e respostas comportamentais de resignação perante a perda das mesmas, o que caracteriza especificamente o seu processo de envelhecimento.

No que diz respeito ao modo como a pessoa idosa dependente demonstra satisfação face à vida passada, observámos que esta *ao ouvir falar sobre a casa da avó abre bem os olhos e sorri* [S4, O1, L99], *o episódio vivenciado com o marido é lembrado com um sorriso e um olhar brilhante* [S7, O1, L 73], e *com os olhos fechados e um sorriso esboçado no rosto, ouve uma música antiga na rádio* [S9, O1, L94].

Constatámos ainda que a pessoa idosa dependente, *enquanto deambula esboça um sorriso e apresenta um olhar brilhante* [S1, O2, L54], *depois de conseguir levar a colher da sopa até à boca, com os olhos bem abertos, sorri com as bochechas levantadas* [S9, O2, L62], e *após lavar sozinha a cara sorri e, abrindo bem os olhos, sobe as pálpebras e as sobrancelhas* [S10, O3, L50]. Tais comportamentos traduzem as referidas respostas de satisfação perante a aquisição/manutenção de competências no desenvolvimento das diferentes AV's.

Tal como já anteriormente caracterizámos, perante a perda de competências no desenvolvimento das AV's, a pessoa idosa dependente age com comportamentos de resignação: *ao não conseguir lavar sozinho a parte inferior do tronco, olha para a esposa (cuidadora) e reage com uma postura descontraída, encolhendo os ombros e um sorriso “amarelo”* [S2, O1, L51], e *ao reconforto da Enf.^a pelo facto da necessidade de algália permanente, mantendo uma postura calma, reage encolhendo os ombros e rodando as palmas das mãos para cima* [S7, O3, L69].

As relações positivas com os outros referem-se a relações interpessoais marcadas pelo afeto, confiança, empatia e intimidade (Ryff & Singer, 2006). A pessoa idosa dependente vivencia estas relações demonstrando afeto pelo outro, como forma de retribuir o que lhe é facultado no desenvolvimento da relação de cuidado, quer seja o cuidador informal, como também o profissional de saúde, a ajudante familiar, o familiar e o vizinho: *... olha-o (cuidador) com um ar meigo e coloca a sua mão sobre a dele quando este aconchega a roupa da cama* [S4, O3, L58], *... ao ver entrar a Sr.^a Enfermeira, cumprimenta-a, sorri e pede-lhe um beijo* [S5, O1, L22], e *quando vê a vizinha sorri, fica com um olhar mais desperto e ao vê-la aproximar-se da cama eleva os braços em sua direção pedindo um abraço* [S7, O1, L32].

As situações observadas, nas quais a pessoa idosa dependente, *... cumpre com as orientações dadas pela esposa (cuidadora) e pelo filho e agarra-se com força ao braço de cada um deles* [S1, O2, L53], *... a pedido do marido (cuidador), com um fâcies calmo, segura-se com as duas mãos à grade da cama para que este coloque as almofadas sobre as costas* [S5, O1, L74], e *... com um olhar atento à explicação da filha, acena-lhe afirmativamente com a cabeça e reforça “Sim, pode ser!”* [S8, O1, L93], retratam a aceitação e a segurança da mesma face às orientações dadas pelo cuidador informal. Assim, caracterizando ainda a mesma dimensão, o facto da pessoa idosa dependente agir em concordância com o que lhe é solicitado reflete o seu bem-estar psicológico.

Importa ainda salientar que as relações positivas da pessoa idosa dependente com os outros é traduzida também pela demonstração das suas capacidades no desenvolvimento das AV's, como resposta positiva aos apelos do cuidador informal: *perante o estímulo verbal da esposa (cuidadora), o Sr. (...) esforça-se, (...) e consegue sozinho movimentar a cadeira de rodas* [S2, O2, L63], *... com um olhar atento e calmo, está concentrado a ouvir as indicações da esposa (...) e consegue lavar o tronco sem ajuda* [S6, O1, L54], e *após o estímulo verbal da esposa (cuidadora) e duas tentativas sem sucesso, consegue segurar a colher e levá-la até à boca* [S9, O2, L61].

A **parceria no Cuidado** implica uma prestação de cuidados dinâmica em que existe uma relação entre os diferentes atores, em torno da utilização conjunta de recursos e/ou interesses comuns articuláveis, mobilizando as capacidades e conhecimentos de cada um, e respeitando os sentimentos, crenças e valores, com vista à melhoria dos cuidados (Diniz, 2005). Tendo como princípios a responsabilidade mútua, a confiança recíproca, e a participação ativa de todos os atores na relação de cuidado, os bons resultados do tomar cuidado decorrem da cooperação entre os parceiros que, sendo diferentes e necessários, interagem num sistema organizado, ordenado e interdependente de várias instâncias, que juntas transformam-se num todo organizado pela solidariedade social (solidariedade orgânica) no alcance de objetivos comuns (Durkheim, 2012).

A realização de ações complementares, que têm como finalidade obter ganhos em saúde na relação de cuidado à pessoa idosa dependente em ambiente domiciliário, implica “Estar delegado” (Código E 3.1), “Partilhar” (Código E 3.2) e “Negociar” (Código E 3.3), de forma a existirem relações de cooperação entre o cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável e os restantes parceiros sociais: profissionais de saúde, ajudantes familiares, pessoa idosa dependente, familiares e vizinhos. (cf. Diagrama n.º 7, p. 84)

Estar delegado é ser-lhe transferida a tomada de decisão e a autonomia de ação na realização de uma atividade que, no entender do delegante, será mais eficientemente executada pelo delegado, ocupando este uma posição inferior na hierarquia em relação ao delegante (Hunsaker, 2010).

Na relação de cuidado à pessoa idosa dependente, este cuidador informal está delegado pelos enfermeiros para supervisionar o estado de saúde/doença da pessoa idosa dependente, dando-lhe o encargo de, ... *estar atento ao aparecimento de alguma mancha avermelhada nas zonas do corpo que fazem mais pressão sobre o colchão da cama* [S5, O1, L78], ... *estar atento ao aparecimento de sedimentos na urina da esposa...* [S7, O3, L58], e ... *avaliar a glicémia do pai três vezes por semana, em jejum, antes do lanche da tarde, e à noite, e registar cada resultado* [S8, O2, L41].

Especificando ainda esta dimensão, o cuidador informal está também delegado pelo enfermeiro para gerir o regime terapêutico, no que se refere ao cumprimento das prescrições clínicas. Neste sentido, visando o cumprimento do esquema medicamentoso, dos cuidados na dieta alimentar, dos movimentos corporais e da prevenção das úlceras de pressão e da infeção, observámos que o cuidador informal está delegado pelo enfermeiro para, ... *continuar a dar-lhe (ao pai) a terapêutica anti-diabética tal como o médico prescreveu...* [S8, O2, L25], ... *dar-lhe (à esposa) a beber, no mínimo, 1,5 lt de chá*

caseiro/dia [S7, O3, L41], ... fazer-lhe (à esposa) movimentos passivos nos membros... [S5, O1, L56], ... alternar os decúbitos da esposa de 2 em 2 horas e massajar-lhe a pele com creme hidratante [S5, O1, L67], e ... vigiar a integridade do penso da mãe e sinalizar qualquer alteração [S10, O1, L81].

Partilhar é o ato de dividir ou repartir os cuidados prestados com alguém. Num contexto de igualdade, esta divisão no cuidado implica também a partilha de saberes e de poder entre parceiros, na medida em que cada um traz para a relação de cuidado experiências e competências que conduzem a um cuidado integral (Gottlieb & Feely, 2005).

A partilha no cuidado à pessoa idosa dependente vai, assim, ao encontro da perspectiva do cuidador informal acerca do seu suporte social cuidador informal (C 1.2). O cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável partilha o cuidado com os Enfermeiros, uma vez que estes demonstram trazer para a relação de cuidado o suporte informacional e emocional à pessoa idosa dependente: *a Enf.^a explica à D.^a A. a necessidade de uma dieta hipossalina, reforçando a forma como o marido cozinha [S5, O1, L41], e a Enf.^a explica à D.^a S. a necessidade de sair à rua, reforçando o facto da filha levá-la a passear [S10, O1, L52].*

Para além deste tipo de partilha, constatámos ainda que cuidador informal, familiares e ajudantes familiares repartem o suporte emocional à pessoa idosa dependente, quando *o incentivo da cuidadora é reforçado pelo marido, ajudando-a a convencer o pai a comer [S8, O1, L65] e quando ... a cuidadora reforça o incentivo das ajudantes familiares, motivando a mãe a lavar-se sozinha [S10, O3, 47].*

Também o suporte instrumental que observámos existir para com o cuidador informal quando este, *para lhe colocar a fralda e vestir as calças, teve ajuda da filha que o segurou e manteve em pé num curto espaço de tempo [S6, O1, L61], ... seca o cabelo da esposa enquanto as ajudantes familiares lhe lavam o corpo [S7, O2, L36], e na transferência da cama para a cadeira higiénica, enquanto o vizinho o eleva segurando pelas axilas, (...) agarra-o pela cintura [S2, O1, L42];* retrata a divisão no cuidado à pessoa idosa dependente entre o cuidador informal e familiares, ajudantes familiares e vizinhos, respetivamente.

Negociar é procurar um acordo interpessoal através do diálogo, necessário quando uma pessoa deseja algo da outra e as decisões são mutuamente contingentes (Movius & Susskind, 2010). Num contexto de interação, os mesmos autores (2010) referem ainda que a negociação é um instrumento na tomada de decisão e na resolução de conflitos, uma vez

que a solução encontrada conjuntamente satisfaz inteiramente as partes envolvidas e, assim, ambas saem vencedoras, sendo rejeitados os interesses individuais.

No tomar cuidado da pessoa idosa dependente todos os parceiros sociais negociam entre si. Centrado nas capacidades/necessidades da pessoa idosa dependente, mas também tendo como objetivo a satisfação das suas próprias necessidades, o cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável estabelece negociação com todos os parceiros na relação de cuidado, ou seja, profissionais de saúde, familiares, ajudantes familiares e vizinhos: *justificando a necessidade de melhor proteger o penso, a cuidadora pede à enf.^a para aplicar um adesivo mais pequeno, ao que a enf.^a responde que sim* [S10, O1, L68], ... *pergunta-lhe (a cuidadora) se naquele momento pode ficar com o pai que está a dormir a sesta e, perante a informação da filha acerca da necessidade de estar em casa a partir das 16h30, esclarece-a que só irá à mercearia* [S6, O3, L20], *perante a necessidade de sair após o almoço, mas preocupada em estar presente durante a visita das ajudantes familiares, a cuidadora questiona-as se no próximo dia à tarde podem vir mais cedo, ao que as mesmas respondem que sim* [S3, O2, L87], e *o vizinho refere que no próximo dia não vai estar em casa logo de manhã e a cuidadora propõe-lhe que a ajude mais perto da hora do almoço, ficando combinado para essa altura* [S2, O1, L45].

Já a pessoa idosa dependente, pelas situações observadas, em que ... *a esposa recusa beber 1,5 lt de água/dia, mas a Enf.^a explorando os seus gostos e alertando-a para o risco de infeção urinária, convence-a a beber 1,5 lt de chá caseiro/dia* [S7, O3, L38], *perante a renitência do Sr. E, o genro alerta-o para a preocupação da filha (cuidadora) pelo seu bem-estar, e convence-o a comer mais* [S8, O1, L66], ... *desmotivado para se distrair, recusa ver televisão, mas a esposa (cuidadora) ao aliciá-lo a ouvir as músicas do seu tempo, consegue convencê-lo a ouvir rádio* [S9, O1, L89], e *a D.^a S. desvaloriza a importância de se lavar sozinha, mas a ajudante familiar alerta-a para o risco de perder os movimentos que possui, e consegue convencê-la a lavar-se sozinha* [S10, O3, L48]; verificamos que é alvo de negociação por parte de todos os parceiros de modo promover a autonomia da mesma no desenvolvimento das AV's e a responder às suas necessidades.

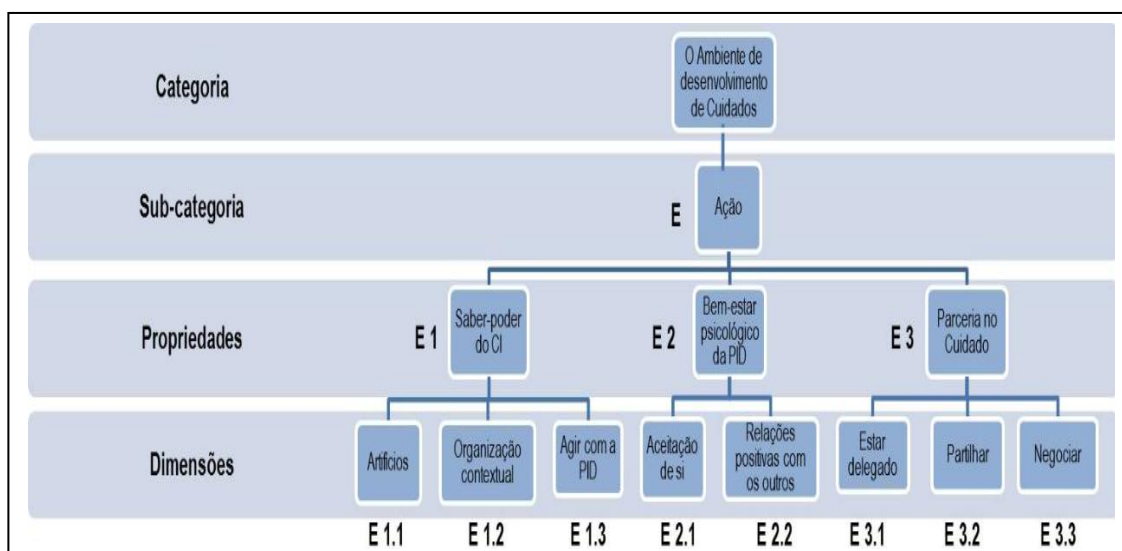


Diagrama n.º 7 – Atributos que definem como a “Ação” dá sentido ao Padrão de Manutenção da Vulnerabilidade Ética do Cuidador Informal

Este é o corpo, a significação do PaMVE do cuidador informal.

Na vivência da vulnerabilidade ética, estando o cuidador informal envolvido numa ampla rede de relações sociais diferentes, este ocupa múltiplas posições de sujeito de relação e, desta forma, o ambiente de desenvolvimento de cuidados é um retrato social que descreve a significação do seu quotidiano na relação de cuidado à pessoa idosa dependente, conferindo sentido à sua conduta enquanto ser que se mantém eticamente vulnerável, ou seja, ao tomar cuidado (cf. Honoré, p. 11).

Ao identificar as suas relações no mundo com os outros, o cuidador informal proclama o sentido que possibilita a estruturação e a concreção da sua ética no meio social, encerrando em si-mesmo a significação da manutenção da sua vulnerabilidade (Levinas, 2000). As relações sociais com profissionais de saúde, ajudantes familiares, vizinhos, familiares, e pessoa idosa dependente retratam o movimento de transcendência do cuidador informal como resposta ao ordenamento moral, uma vez que este internaliza a significação do que o outro das múltiplas relações sociais pensa, sente e age para o eu.

Assumimos o ambiente de desenvolvimento de cuidados como o quadro significativo do PaMVE do cuidador informal, pois ao retratar o mundo simbólico resultante da interação do cuidador informal com os diferentes atores sociais envolvidos na relação de cuidado, retrata também o aprofundamento e a afirmação da sua unicidade, uma vez que ao revelar um sentido para a ação suporta a liberdade do mesmo pela escolha da direção e das formas de tomar cuidado.

Através da forma intencional como pensa, sente e age, o cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável vive o sentido de tomar cuidado associado aos ritmos de vida de todos os parceiros e à regularização das suas relações sociais e, com um mecanismo de apropriação de si mediante o outro, confere ao ambiente de desenvolvimento de cuidados um carácter diferenciado e privado que lhe permite projetar-se rumo à manutenção da sua coexistência, da sua humanidade sobre o modo contínuo da solicitude (Honoré, 2004).

O PaMVE do cuidador informal representa a estrutura que configura a sua presença intencional na relação de cuidado à pessoa idosa dependente, isto é, a integralidade entre a intersubjetividade na forma como comunica, tendo como foco a alteridade, e as significações cognitivas, afetivas e comportamentais que identificam uma atitude de solicitude e dão sentido à vivência da sua vulnerabilidade ética.

Neste sentido, há que realçar a identidade unitária do cuidador informal que está eticamente vulnerável conceptualizada pela integralidade entre o campo humano e o campo ambiental, ou seja, pela complementaridade energética entre o rosto e o corpo do seu PaMVE que lhe conferem expressão e significação. (cf. Diagrama n.º 8, p. 87)

Rogers (1990, p. 259) corrobora este princípio quando refere: “o Homem e o ambiente estão continuamente a trocar matéria e energia entre si”.

Ao estar presente na relação de cuidado, a comunicação intra e interpessoal do cuidador informal revelam o modo como este é afetado pela pessoa idosa dependente, através da vivência simbólica da sua vulnerabilidade ética no ambiente de desenvolvimento de cuidados, pois a razão, a emoção e a ação, ao darem sentido ao seu PaMVE, são meios indispensáveis à sua expressão. (cf. Diagrama n.º 8, p. 87)

A comunicação do cuidador informal caracteriza a sua condição humana, regulando e mediando as suas atitudes sob um entrelaçado de relações sociais que, por sua vez, convertem o ambiente de desenvolvimento de cuidados em significante da presença do mesmo na relação de cuidado à pessoa idosa dependente.

O todo unificado do PaMVE fundamenta a identidade do cuidador informal, enquanto instrumento do cuidado à pessoa idosa dependente, na medida em que a integralidade entre a função expressiva d’ “A Presença do cuidador informal na Relação de Cuidado” e a função significativa d’ “O Ambiente de desenvolvimento de cuidados” retrata o efetivo tomar cuidado desempenhado pelo cuidador informal, implicando a vivência de uma conduta de solicitude que veicula o seu estar-no-mundo (expressão) e o seu ser-no-mundo (significação). (cf. Diagrama n.º 8, p. 87)

A presença do cuidador informal na relação de cuidado suporta a existência de um ambiente de desenvolvimento de cuidados e a vivência deste ambiente torna possível a expressão da sua presença.

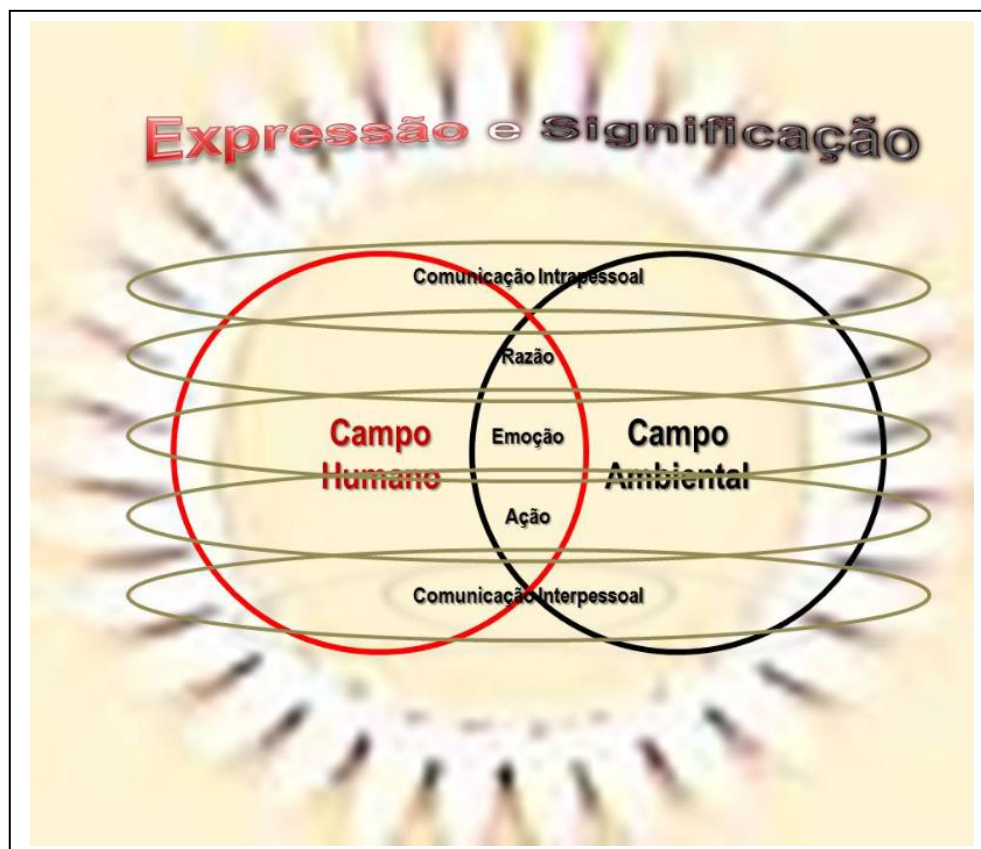


Diagrama n.º 8 – A Identidade do Cuidador Informal que Está Eticamente Vulnerável na Relação de Cuidado

2 – O PROCESSO: A CONSTRUÇÃO DO SI-MESMO COMO INSTRUMENTO DO CUIDADO

Rogers (1990) defende que os campos de energia são infinitos e estão em processo contínuo, ambos mudam continuamente. Este pressuposto confirma a noção de construção, quer da presença do cuidador informal na relação de cuidado, como do ambiente de desenvolvimento de cuidados, perspetivando o seu PaMVE como algo em evolução e não como uma estrutura estacionária.

Tal como o padrão postulado por Rogers (1990), o PaMVE do cuidador informal é um padrão inovador, contínuo, imprevisível e crescente como resultado de um processo de vida humano que se caracteriza pelo todo a partir da sua própria unidade criativa e dinâmica. A constante integralidade e abertura intra e inter campos, humano e ambiental, conferem uma natureza evolutiva à identidade do cuidador informal que está eticamente vulnerável, tratando-se de um processo de desenvolvimento humano.

Neste sentido, o cuidador informal que está eticamente vulnerável possui, para além de uma identidade, um processo identitário que, consistindo numa série de sequências evolutivas, através das quais as particularidades da pessoa e do ambiente interagem para produzir constância e mudança nas características de ambos no curso da sua vida (Bronfenbrenner, 2011; Strauss & Corbin, 2008), evidencia uma dinâmica de construção do si-mesmo como instrumento do cuidado e, por isso, retrata o processo de manutenção da sua vulnerabilidade ética (PrMVE).

Através da identificação da consciência de si, este processo de construção do si-mesmo como instrumento do cuidado é um processo contínuo na construção da unicidade do cuidador informal, no domínio do infinito, pois a sua significação tem por base o desejo do absolutamente outro, cuja procura é infinitamente aprofundada na relação face-a-face, ao invés de ser satisfeita (Levinas, 2000).

Tal como defendem os autores da Grounded Theory (Strauss & Corbin, 2008), padrão e processo estão intrinsecamente ligados. Assim, o PaMVE do cuidador informal representa o contexto estrutural no qual ocorre o processo de construção do si-mesmo e, por sua vez, o PrMVE é a unidade criativa do padrão.

No decorrer da relação de cuidado à pessoa idosa dependente, ao longo do seu desenvolvimento humano, sob um conjunto de condições, o cuidador informal interage como resposta estratégica a questões, problemas ou acontecimentos que vivencia e, mediante essas estratégias, surgem consequências que constituem resultados importantes em si-mesmo e que demonstram a sua capacitação para tomar cuidado (Strauss & Corbin, 2008). Reforçando a relação existente entre padrão e processo, são os próprios atributos que caracterizam a identidade do cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável que consistem nas tais condições, estratégias e consequências que retratam a sequência evolutiva que define o seu PrMVE e tornam possível a inovação do PaMVE. A identidade não se mantém sempre a mesma, evolui na sua estrutura. É construída na relação de cuidado durante o processo de construção do si-mesmo, na qual o cuidador informal reencontra a sua identidade através de tudo o que lhe vai acontecendo. (cf. Levinas, p. 12)

Enquanto processo intencional de desenvolvimento humano, o processo de construção do si-mesmo enquadra-se no referencial teórico do construtivismo e do interacionismo simbólico caracterizando-se, especificamente, pela interação progressiva e recíproca do cuidador informal com pessoas, objetos e símbolos no ambiente da relação de cuidado (cf. Blumer, Mead, Charon, p. 19). Tais formas duradouras de interação são como máquinas/motores do seu desenvolvimento humano, constituindo, de acordo com Bronfenbrenner (2011), dois processos proximais que promovem o desenvolvimento do si-mesmo como instrumento do cuidado e a manutenção da sua vulnerabilidade ética: construir a linguagem e construir o sentido de tomar cuidado.

Deste modo, o cuidador informal, numa participação ativa e criativa regular na relação de cuidado, constrói a linguagem e o sentido de tomar cuidado através de um processo de interação evolutiva em cada campo de energia, expressivo e significativo, que assente no princípio da helicidade de Rogers (1990), decorre ao longo de um eixo longitudinal em espiral, refletindo a diversidade contínua e inovadora da sua identidade, do seu PaMVE. (cf. Diagrama n.º 9, p. 92)

Realçando mais uma vez o princípio da integralidade de Rogers (1990) e o todo unificado do PaMVE do cuidador informal, o processo de construção do si-mesmo caracteriza-se pela interseção evolutiva inter campos que, não sendo unidirecional, possui um fluxo de influências com intensidades diferentes e em ambas as direções, retratando a reciprocidade na troca e a complementaridade energética entre expressão e significação, que confere ao cuidador informal que se mantém eticamente vulnerável a qualidade de instrumento do cuidado. (cf. Diagrama n.º 9, p. 92)

Sendo um processo homeodinâmico, o processo de manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal decorre num domínio pandimensional, numa dimensão não linear, num espaço social e num tempo transacional e, por isso, sem limites espaciais ou temporais (Bronfenbrenner, 2011; Rogers, 1990).

Conceptualizando o processo integral, definimos as propriedades, percepção de si-mesmo, percepção do outro-pessoa idosa dependente, valorização social do papel de cuidador e valorização pessoal da vivência com a pessoa idosa dependente, como condições para a construção do si-mesmo enquanto instrumento do cuidado, pois explicam por que o cuidador informal continua a tomar cuidado da pessoa idosa dependente mantendo-se, para tal, eticamente vulnerável (Strauss & Corbin, 2008). (cf. Diagrama n.º 9, p. 92)

Os sentimentos, as crenças e os valores humanos percebidos pelo cuidador informal, ao retratarem o autoconhecimento da afeição que sofre, assim como, a percepção das necessidades e do modo como a pessoa idosa dependente desenvolve as AV's, focalizando-se na sua individualidade de vida, nas necessidades e capacidades da mesma, em vez das limitações ou incapacidades, suportam a atenção dispensada à pessoa idosa dependente e a preocupação com o seu bem-estar (cf. Honoré, p. 11).

A valorização da singularidade e da mestria do cuidador informal por parte de familiares, vizinhos, ajudantes familiares e profissionais de saúde, também condiciona o processo identitário do cuidador informal pois enaltece o seu desempenho no tomar cuidado da pessoa idosa dependente e dá-lhe satisfação e força para enfrentar os desafios e os obstáculos com que se depara (cf. Marques, p. 70).

Deliberadamente, a construção do si-mesmo como instrumento do cuidado é também condicionada pela autovalorização da afetividade e da responsabilidade para com a pessoa idosa dependente, pois ao serem percebidas pelo cuidador informal como potencialidades humanas, são sentidas como estímulos para ser otimista e olhar para a vida com ânimo e, com determinação, responder de forma decidida e alcançar os objetivos desejados (cf. Marques, p. 73).

As respostas cognitivas do cuidador informal, gestão efetiva dos recursos e manutenção da interação social, são estratégias utilizadas para a construção do si-mesmo como instrumento de cuidado, pois constituem as interações que este estabelece na relação de cuidado para lidar com situações, resolver problemas e questões que vive no quotidiano (Strauss & Corbin, 2008). (cf. Diagrama n.º 9, p. 92)

Estrategicamente, neste processo identitário, o cuidador informal utiliza a razão e gere o tempo cronológico, o suporte social percebido e os recursos materiais, com o propósito de obter efetividade na organização dos cuidados que presta. Ainda de forma racional, visando a manutenção da sua interação social, o cuidador informal identifica significados e funções para as relações sociais que vivencia, incorporando para si-mesmo e definindo para o outro diferentes papéis sociais na relação de cuidado (suporte emocional, informacional e instrumental).

As expressões verbal e não-verbal do cuidador informal para com a pessoa idosa dependente e outros atores na relação de cuidado, e as respostas comportamentais que conceptualizam o ambiente de desenvolvimento de cuidados (saber-poder do cuidador informal, bem-estar psicológico da pessoa idosa dependente e parceria no cuidado), consistem nas consequências do processo de construção do si-mesmo como instrumento do cuidado, na medida em que são o resultado das interações praticadas na relação de cuidado à pessoa idosa dependente (Strauss & Corbin, 2008). (cf. Diagrama n.º 9, p. 92)

Como resultado das estratégias implementadas, o tema e a finalidade da mensagem que o cuidador informal transmite, bem como o modo como a mensagem é transmitida, retratam a sua competência linguística revelando, a cortesia do mesmo ao comunicar com respeito, a sua solidariedade e disponibilidade ao mostrar que se interessa e preocupa, e a sua empatia ao compreender e aceitar o outro (cf. Leite, Phaneuf, Potter & Perry, p. 56). O corpo, os objetos associados ao corpo e o espaço como produto da ação do cuidador informal confirmam e complementam os códigos verbais e, assim, demonstram a capacidade de descentramento do cuidador informal em direção à pessoa idosa dependente.

Na ação, os artifícios utilizados pelo cuidador informal para tomar cuidado, a sua organização contextual dos cuidados e o modo como age com a pessoa idosa dependente, focalizando na mesma o cuidado que presta, caracterizam todo um saber-poder que, ao ser exercido e não possuído, é construído na interação social do quotidiano apresentando-se como constituinte do si-mesmo (cf. Foucault, p. 76).

Ainda no âmbito da ação, o processo identitário do cuidador informal que está eticamente vulnerável também tem consequências para a pessoa idosa dependente e para outros atores envolvidos na relação de cuidado. Deste modo, como resultado do processo, a pessoa idosa dependente demonstra aceitar os múltiplos aspetos que qualificam o seu envelhecimento e estabelece relações positivas com o cuidador informal, os familiares, os vizinhos e profissionais de saúde, demonstrando afeto e confiança. Também as circunstâncias em que o cuidador informal, está delegado pelos enfermeiros para prestar

cuidados específicos; partilha o cuidado com familiares, vizinhos, ajudantes familiares e enfermeiros; e negocia com todos os atores envolvidos, resultam do processo de construção do si-mesmo, uma vez que manifestam uma prestação de cuidados cooperativa e dinâmica, em que todos os parceiros têm a capacidade de utilizar e articular conjuntamente os recursos num todo, visando o atingir de um objetivo comum, tomar cuidado da pessoa idosa dependente (cf. Dinis, Durkheim, p. 82).

É de realçar que esta série de sequências evolutivas que retrata o PrMVE do cuidador informal é cíclica, na medida em que as consequências alimentam o contexto que integra as condições que, por sua vez, irão influenciar um conjunto de interações/estratégias, a partir das quais resultam consequências (Strauss & Corbin, 2008). (cf. Diagrama n.º 9)

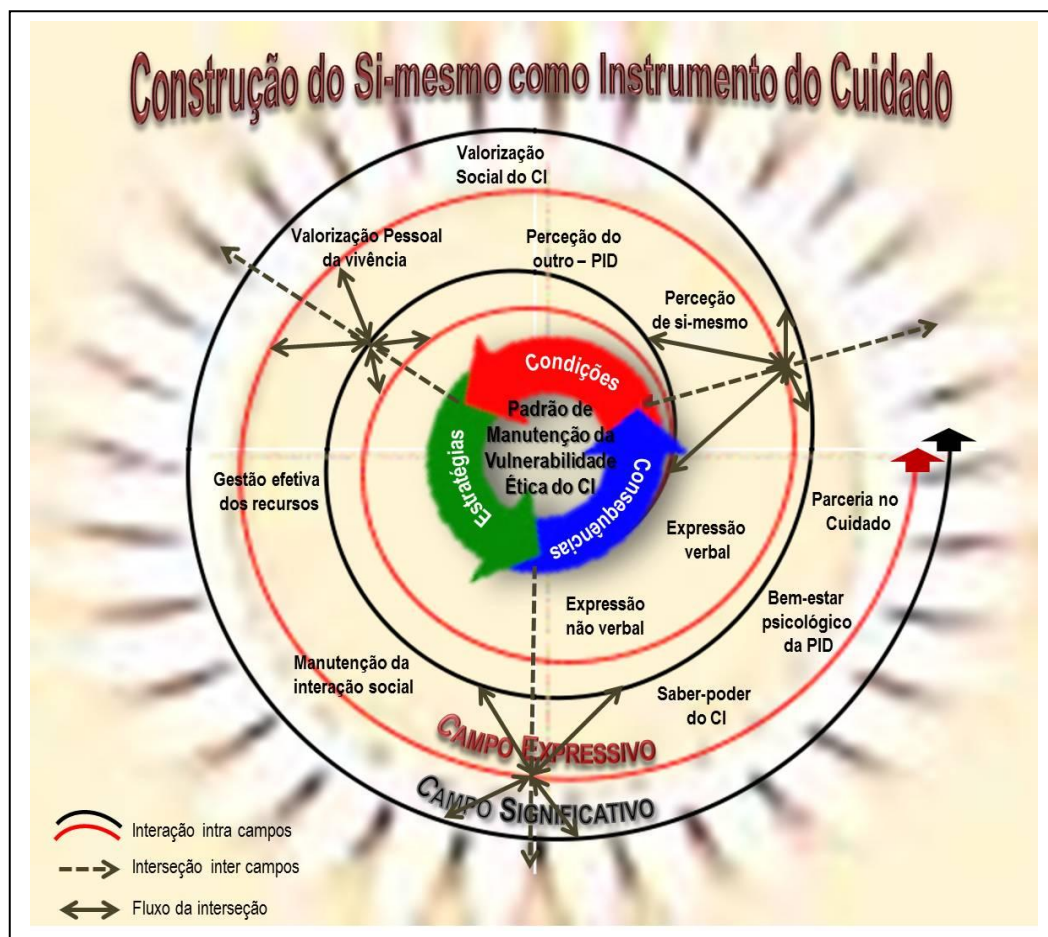


Diagrama n.º 9 – O Processo Identitário do cuidador informal que Está Eticamente Vulnerável na Relação de Cuidado

Importa ainda analisar que o PrMVE do cuidador informal é um processo de *empowerment* individual, uma vez que, tal como o anterior, é um processo contínuo e não

um produto final, um processo de interações recíprocas e de participação ativa que, à medida que o cuidador informal desenvolve competências, fortalece as suas capacidades para sentir controle sobre as decisões e ações da vida quotidiana e avançar na resolução de problemas com efetividade (McCarthy & Freeman, 2008; Hermansson & Martensson, 2011).

Num tempo transacional e num espaço social, à semelhança do que acontece no processo de *empowerment* individual, também no processo de construção do si-mesmo como instrumento do cuidado, o cuidador informal toma consciência da evolução da situação, tornando possível a expressão das suas necessidades e interesses e o reconhecimento das suas capacidades; identifica-se com os outros em situação semelhante; e mobiliza em sinergia as competências e os recursos necessários para uma tomada de decisão voluntária e uma escolha capacitada (Pinto, 2013; McCarthy & Freeman, 2008; Hermansson & Martensson, 2011).

Perante um conjunto de condições, estratégias e consequências, o PrMVE do cuidador informal aumenta a eficácia do exercício da sua cidadania. Neste sentido, o cuidador informal que está eticamente vulnerável possui a capacidade e a autoridade para influenciar o pensamento dos outros (poder sobre), ter acesso a recursos e bens (poder para), tomar decisões e fazer escolhas (poder para) e resistir ao poder dos outros se necessário – poder de (Pinto, 2013).

3 – A TEORIA: ESTAR ETICAMENTE VULNERÁVEL... SER COM O OUTRO NA CONSTRUÇÃO DA LINGUAGEM E DO SENTIDO

Categorizando a Teoria “Estar Eticamente Vulnerável”, com base no nível de abstração, é uma teoria de médio alcance e, quanto à finalidade, constitui uma teoria explanatória (McEwen & Wills, 2009).

É uma teoria de médio alcance uma vez que, tendo origem no Interacionismo Simbólico, no Modelo Conceptual de Martha Rogers, na Teoria de Josephine Paterson & Loretta Zderad e no Modelo bioecológico do desenvolvimento humano, é de âmbito restrito, aplicando os seus componentes teóricos à relação de cuidado informal à pessoa idosa em ambiente domiciliário, realçando uma visão de vulnerabilidade centrada na subjetividade ética do cuidador informal e da sua conduta intencional no ambiente de desenvolvimento de cuidados.

Considerando o cuidador informal, ser coexistencial e relacional, o centro do cuidado em Enfermagem, a presente teoria baseia-se na valorização do seu saber, relativamente à manutenção da sua vulnerabilidade ética como processo de vida e transição. Deixando para trás o paradigma positivista e mecanicista, onde as pessoas são reduzidas essencialmente a corpos que são cuidados de forma semelhante e repetitiva, nesta teoria o processo de cuidados de enfermagem constitui-se na realidade social do cuidador informal, reforçando a Enfermagem como disciplina e profissão que melhor compreende o ser humano, valorizando a capacidade do enfermeiro para estabelecer relações interpessoais (Amendoeira, 2006).

“Estar Eticamente Vulnerável” explica o cuidado de enfermagem na manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal, conceptualizando o processo de cuidados como uma relação dialógica de transações intersubjetivas entre o enfermeiro e o cuidador informal. Neste processo, o objetivo da Enfermagem é acompanhar o cuidador informal nas suas experiências de saúde e ajudar na construção da linguagem e do sentido de tomar cuidado da pessoa idosa dependente em ambiente domiciliário.

Num ambiente retratado no cenário das interações humanas, cuidar da vulnerabilidade ética do cuidador informal é ser-com-o-outro, é estar presente no encontro

de cuidado coexistindo com o cuidador informal no seu tempo e espaço vividos (cf. Paterson & Zderad, p. 16). (cf. Diagrama n.º 10, p. 96)

Tais cuidados de enfermagem, ao possuírem uma natureza de compreensão e interação com a pessoa, personalizando-a e humanizando-a, dão consistência a uma filosofia de Humanidade em Enfermagem que, ao relevar a condição humana e, por isso, o que constitui a sua essência, mostra como comportamentos e ações simples vão ao encontro do ser, no que ele tem de mais essencialmente humano, advindo-lhe a sua eficácia da correspondência com o seu próprio desenvolvimento (Phaneuf, 2014).

Neste sentido, ao conceptualizarmos o PaMVE e o PrMVE verificamos que conservar ou recuperar a vulnerabilidade ética do cuidador informal é vital para a sua saúde, pois sendo uma das particularidades que permite ao cuidador informal reconhecer-se na sua humanidade, é parte íntima daquilo que tem necessidade para viver a sua humanidade.

“Estar Eticamente Vulnerável” representa o tesouro acumulado de compreensões, de emoções e de ações da relação de cuidado que o cuidador informal deve continuar a enriquecer ao longo do seu processo de desenvolvimento humano, contribuindo para tal os cuidados de enfermagem que enquanto estímulos de humanidade, são potenciadores de adaptação, motivação, bem-estar, qualidade de vida e crescimento pessoal (Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2011; Phaneuf, 2014).

O foco e os objetivos destes cuidados de enfermagem, que constituem cuidados de humanidade, fazem emergir a importância fundamental da Promoção da Saúde na filosofia da Humanidade. O enfermeiro ao respeitar e acompanhar o cuidador informal na vivência do seu PaMVE e no desenvolvimento do seu PrMVE enquanto experiências de saúde, perspetiva a manutenção da vulnerabilidade ética como um determinante de saúde, um recurso para a vida, um sistema sustentável de proteção coletiva e cuidado individual, um motor e finalidade do desenvolvimento humano. (cf. Diagrama n.º 10, p. 96)

Perante o valor e a perspetiva vivida de cada cuidador informal, sem impor e sem decidir, o enfermeiro promove a saúde privilegiando o exercício do poder-com-o-outro ao ajudá-lo a criar uma consciência crítica e ao possibilitar-lhe escolhas voluntárias e capacitadas de controlo sobre o determinante de saúde.

Concebendo o PaMVE do cuidador informal como uma experiência pessoal, única e dinâmica, este é o rosto que se manifesta como um apelo/mandamento à abertura do enfermeiro ao processo de enfermagem – apreciação do padrão unitário, sincronização e avaliação. (cf. Diagrama n.º 10, p. 96)

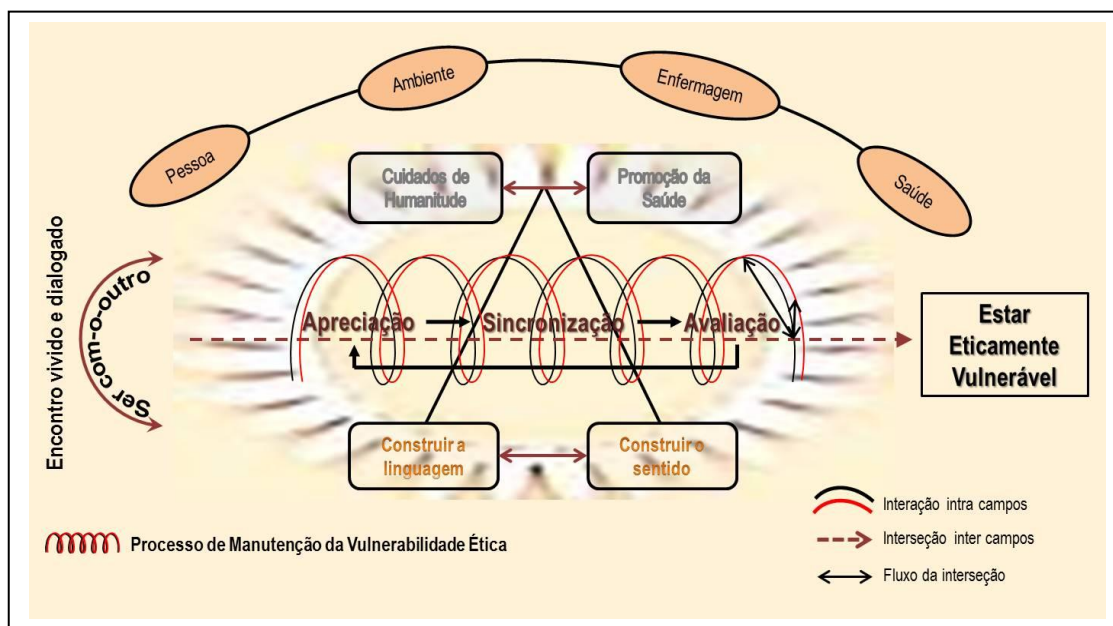


Diagrama n.º 10 – O Modelo “Estar Eticamente Vulnerável”

3.1 – APRECIAÇÃO DO PADRÃO UNITÁRIO

Mediante o apelo do cuidador informal, o enfermeiro responde com a sua presença no encontro de cuidado, sendo que a abertura ao encontro autêntico inicia-se com o conhecimento existencial do outro, primeira etapa do processo de enfermagem.

Centrado nas experiências e vivências que retratam a identidade de estar eticamente vulnerável, o enfermeiro aprecia a expressão e a significação do padrão unitário de manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal e, conhecido o horizonte aberto de limitações e potencialidades do cuidador informal, ajuíza clinicamente, revelando nos diagnósticos o perfil humano daquele que está-para-o-outro e será alvo dos seus cuidados.

Como suporte do processo de enfermagem, importa descrever a expressão conceptual d’ “Estar Eticamente Vulnerável”, bem como os pressupostos e as proposições que estruturam a teorização do PaMVE do cuidador informal. (cf. Quadro n.º 3, p. 97 & cf. Quadro n.º 4, p. 100)

“Estar Eticamente Vulnerável” é estar presente na relação de cuidado utilizando a linguagem que expressa o modo como se mantém afetado pela pessoa de quem cuida, e ser um corpo próprio dotado de significados que conferem o sentido de tomar cuidado.

Quadro n.º 3 – Pressupostos e Indicadores Empíricos que teorizam o PaMVE do Cuidador Informal

Pressupostos		Indicadores Empíricos
<ul style="list-style-type: none"> – Estar eticamente vulnerável identifica-se pela existência de um PaMVE. 		<ul style="list-style-type: none"> – Configuração da presença intencional do cuidador informal na relação de cuidado à pessoa idosa dependente.
<i>Apreciação da Expressão</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Estar presente na relação de cuidado é perceber em si-mesmo sentimentos, valores humanos e crenças. 	<ul style="list-style-type: none"> – Expressão do autoconhecimento da afeição que sofre pela pessoa cuidada, refletindo a capacidade de se dar inteiramente ao cuidado que presta.
	<ul style="list-style-type: none"> – Estar presente na relação de cuidado é perceber o outro-pessoa idosa dependente pelo modo como este desempenha as atividades de vida e pelas suas necessidades e capacidades no desenvolvimento das mesmas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Atenção e preocupação na individualidade de vida da pessoa cuidada e não no corpo doente.
	<ul style="list-style-type: none"> – Estar presente na relação de cuidado é comunicar com uma linguagem simples, breve e clara. 	<ul style="list-style-type: none"> – Compreensão por parte da pessoa idosa dependente; – Exploração e interpretação de determinada situação; – Orientação no comportamento futuro; – Criação de um clima de relacionamento afetivamente concordante entre a díade.
	<ul style="list-style-type: none"> – Estar presente na relação de cuidado é, comunicar com o corpo, com os objetos associados ao corpo e com o espaço como produto da ação. 	<ul style="list-style-type: none"> – Apresentação pessoal cuidada; – Expressão facial aberta; – Tom e ritmo das palavras normais e descontraídos; – Silêncio que traduz convivência e cumplicidade com a pessoa idosa; – Posição corporal que revela intimidade e vontade de estar lá; – Gestos de abertura e descontração; – Toque afetuoso e reconfortante; – Olhar que exprime acolhimento; – Uso de vestuário e adornos apropriados à prestação de cuidados; – Domicílio personalizado e adaptado às necessidades da pessoa idosa dependente como uma manifestação e prolongamento do si-mesmo.

Pressupostos (Continuação)		Indicadores Empíricos (Continuação)
<i>Apreciação da Significação</i>	– Tomar cuidado é conjugar no cotidiano diferentes atividades com a prestação de cuidados à pessoa idosa dependente.	De acordo com: – o tipo de atividade a realizar; – as necessidades percebidas da pessoa idosa dependente; – o modo percebido como a pessoa idosa dependente esta desenvolve as AV's; – o suporte social que recebe.
	– Tomar cuidado é diferenciar o tipo de suporte social que recebe.	– Conciliação da percepção das suas capacidades/necessidades e as da pessoa idosa dependente com a especificidade do suporte recebido pelas diferentes unidades sociais.
	– Tomar cuidado é providenciar a existência e a preparação prévia de todos os materiais necessários à prestação de cuidados.	– Satisfação das necessidades percebidas da pessoa idosa dependente no desenvolvimento das AV's e do modo percebido de como esta as desenvolve.
	– Tomar cuidado é manter a sua interação social.	– Incorporar para si-mesmo e definir para o outro diferentes papéis sociais na relação de cuidado: suporte emocional, informacional e instrumental.
	– Tomar cuidado é ser valorizado por familiares, vizinhos, ajudantes familiares e profissionais de saúde, pelo valor existencial da sua genuína intersubjetividade e encontro com o si-mesmo.	– Presença e preocupação constante para com a pessoa idosa dependente; – Crença nas capacidades da pessoa idosa dependente; – Mestria na relação de cuidado, que integra perícias cognitivas, emocionais e sociais.
	– Tomar cuidado é valorizar em si-mesmo, a afetividade e a responsabilidade.	– Afetividade como suporte: ✓ da sensibilidade e suscetibilidade à pessoa idosa dependente; ✓ da continuidade e do fortalecimento da união com a mesma. – Responsabilidade como resposta: ✓ ao chamamento da pessoa idosa dependente; ✓ à afirmação da sua singularidade.

Pressupostos (Continuação)		Indicadores Empíricos (Continuação)
<i>Apreciação da Significação</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Tomar cuidado é exercer o poder e estabelecer o saber na relação de cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> – Atividades de distração com a pessoa idosa dependente; – Adaptação de diversos utensílios da vida quotidiana de modo a alcançar os objetivos do cuidado; – Decidir e orientar contextualmente o cuidado de forma a aplicar sistematicamente a sua mestria cognitiva, emocional e social à: <ul style="list-style-type: none"> ✓ percepção da pessoa idosa dependente, ✓ à gestão efetiva dos recursos, ✓ à manutenção da sua interação social; – Promover a participação ativa da pessoa idosa dependente no cuidado com estímulo para o auto-cuidado.
	<ul style="list-style-type: none"> – Tomar cuidado é a pessoa idosa dependente revelar bem-estar psicológico. 	<p>Respostas comportamentais de:</p> <ul style="list-style-type: none"> – satisfação face à vida passada e à aquisição/manutenção de determinadas competências no desenvolvimento das AV's; – resignação perante a perda de competências no desenvolvimento das AV's; – aceitação e segurança face às orientações dadas pelo cuidador informal, agindo em concordância como que lhe é solicitado e pondo em prática as suas capacidades.
	<ul style="list-style-type: none"> – Tomar cuidado é estar delegado pelo enfermeiro. 	<ul style="list-style-type: none"> – Supervisionar o estado de saúde/doença da pessoa idosa dependente; – Gerir o regime terapêutico visando o cumprimento das prescrições clínicas (esquema medicamentoso, cuidados na dieta alimentar, movimentos corporais e prevenção das úlceras de pressão e infeção).

Pressupostos (Continuação)		Indicadores Empíricos (Continuação)
<i>Apreciação da Significação</i>	– Tomar cuidado é partilhar o cuidado à pessoa idosa dependente.	– Suporte informacional com enfermeiros; – Suporte emocional com familiares, enfermeiros e ajudantes familiares; – Suporte instrumental com vizinhos, familiares e ajudantes familiares.
	– Tomar cuidado é negociar com todos os parceiros na relação de cuidado	– Satisfação das necessidades da pessoa idosa dependente; – Satisfação das suas próprias necessidades; – Promoção da autonomia da pessoa idosa dependente no desenvolvimento das AV's.

Quadro n.º 4 – Proposições que teorizam o PaMVE do Cuidador Informal

Proposições
– Estar eticamente vulnerável tem uma identidade unitária que se caracteriza pela complementaridade energética entre a função expressiva d’“A Presença do Cuidador Informal na Relação de Cuidado” e a função significativa d’“O Ambiente de desenvolvimento de cuidados”.
– Ao estar presente na relação de cuidado, a linguagem do cuidador informal revela o modo como este é afetado pela pessoa idosa dependente através da vivência simbólica da sua vulnerabilidade ética no ambiente de desenvolvimento de cuidados, pois a razão, a emoção e a ação, ao darem sentido ao seu PaMVE, são meios indispensáveis à sua expressão. (cf. Diagrama n.º 10, p. 94)

3.2 – SINCRONIZAÇÃO

Efetivada a apreciação do padrão unitário, o enfermeiro conhece e compreende o modo singular e total como o cuidador informal expressa e vivencia a sua vulnerabilidade ética. Está, assim, sintonizado com o ambiente de desenvolvimento de cuidados à pessoa idosa dependente e capaz de estabelecer com o cuidador informal uma relação intersubjetiva, baseada no diálogo humano de chamamento e resposta em simultâneo.

Num encontro genuíno, enfermeiro, cuidador informal e outros atores envolvidos na relação de cuidado informal interagem e a resposta de cuidado, visando a manutenção da vulnerabilidade ética, é planeada e implementada num tempo e espaço compartilhado por enfermeiro e cuidador informal. Fazem-no através de um processo que implica uma aproximação ao espaço de intimidade da pessoa, onde se valorizam os mais ténues sinais de chamamento do cuidador informal e os gestos relacionais do enfermeiro se convertem em intervenções terapêuticas.

É nesta sincronização de tempo e espaço vividos que o enfermeiro estabelece uma relação de ser com o cuidador informal e propõem-se a conservar ou a recuperar a sua vulnerabilidade ética, enquanto padrão de humanidade, promovendo fatores e estratégias promotores da sua saúde.

Enquanto promotores de saúde, tais fatores e estratégias são estímulos de humanidade pois, ao alimentarem o processo de desenvolvimento humano do cuidador informal, potenciam a construção da linguagem e do sentido de tomar cuidado que constituem os motores do desenvolvimento do si-mesmo, como instrumento do cuidado que o identifica como ser único e irrepetível.

Como suporte do processo de enfermagem, importa descrever a expressão conceptual d' *“A construção do Si-mesmo como Instrumento do Cuidado”*, bem como os pressupostos e as proposições que estruturam a teorização do PrMVE do cuidador informal. (cf. Quadro n.º 5 & cf. Quadro n.º 6, p. 103)

“A construção do Si-mesmo como Instrumento do Cuidado” é um processo intencional de desenvolvimento humano que confere uma diversidade contínua e inovadora à identidade de quem está eticamente vulnerável, através de sequências evolutivas nas quais as particularidades da Pessoa e do ambiente interagem num domínio pandimensional para produzir constância e mudança nas suas características.”

Quadro n.º 5 – Pressupostos e Indicadores Empíricos que teorizam o PrMVE do Cuidador Informal

Pressupostos	Indicadores Empíricos
– Estar eticamente vulnerável tem uma natureza contínua e dinâmica evidenciada no PrMVE.	– Configuração da construção contínua do si-mesmo como instrumento do cuidado na relação de cuidado à pessoa idosa dependente.

Pressupostos (Continuação)		Indicadores Empíricos (Continuação)
<i>Fatores promotores do PrMVE</i>	– A construção do si-mesmo como instrumento do cuidado é promovida pela expressão de sentimentos, valores e crenças.	– A percepção de si-mesmo reflete a afecção que sofre pela pessoa cuidada.
	– A construção do si-mesmo como instrumento do cuidado é promovida pela percepção da individualidade de vida da pessoa idosa dependente.	– A percepção do outro-pessoa idosa dependente suporta a atenção que lhe é dispensada e a preocupação com o seu bem-estar.
	– A construção do si-mesmo como instrumento do cuidado é promovida pela valorização social da singularidade e mestria do cuidador.	– A valorização social enaltece o seu desempenho no tomar cuidado da pessoa idosa dependente e dá-lhe satisfação e força para enfrentar os desafios e os obstáculos com que se depara.
	– A construção do si-mesmo como instrumento do cuidado é promovida pela autovalorização da afetividade e da responsabilidade para com a pessoa cuidada.	– A autovalorização é sentida como estímulo para ser otimista e olhar para a vida com ânimo e, com determinação, responder de forma decidida e alcançar os objetivos desejados.
<i>Estratégias promotoras do PrMVE</i>	– A construção do si-mesmo como instrumento do cuidado, desenvolve-se mediante a conjugação no quotidiano de diferentes atividades com a prestação de cuidados.	– A gestão do tempo cronológico, do suporte social percebido e dos recursos materiais são estratégias utilizadas para obter efetividade na organização dos cuidados que presta.
	– A construção do si-mesmo como instrumento do cuidado, desenvolve-se mediante a diferenciação do tipo de suporte social recebido.	
	– A construção do si-mesmo como instrumento do cuidado, desenvolve-se mediante a preparação prévia de todos os materiais necessários à prestação de cuidados.	
	– A construção do si-mesmo como instrumento do cuidado, desenvolve-se mediante a incorporação para si-mesmo e a definição para o outro de diferentes papéis sociais na relação de cuidado: suporte emocional, informacional e instrumental.	– A manutenção da interação social, são estratégias utilizadas para melhor lidar com as situações, e resolver problemas e questões que vive no quotidiano.

Quadro n.º 6 – Proposições que teorizam o PrMVE do Cuidador Informal

Proposições
<ul style="list-style-type: none"> – O PaMVE representa o contexto estrutural no qual ocorre o processo e, por sua vez, o PrMVE é a unidade criativa do padrão.
<ul style="list-style-type: none"> – A construção do si-mesmo como instrumento do cuidado é um processo de interseção evolutiva inter campos de energia que, ao possuir um fluxo de influências com intensidades diferentes e em ambas as direções, representa a reciprocidade na troca e a complementaridade energética entre expressão e significação e qualifica quem está eticamente vulnerável como instrumento do cuidado. (cf. Diagrama n.º 10, p. 94)
<ul style="list-style-type: none"> – A construção do si-mesmo como instrumento do cuidado é um processo de interação evolutiva intra campos de energia, expressivo e significativo, que decorre ao longo de um eixo longitudinal em espiral, que se retrata em dois processos proximais: construir a linguagem e construir o sentido de tomar cuidado. (cf. Diagrama n.º 10, p. 94)

3.3 – AVALIAÇÃO

Planeado e implementado o cuidado em sincronia, importa ao enfermeiro avaliar os resultados obtidos. Mantendo a abertura à vivência do cuidador informal na relação de cuidado à pessoa idosa dependente, o enfermeiro avalia o cuidado centrando-se nas percepções e ações que surgem durante a sincronização e que retratam as consequências de todo o processo de construção do si-mesmo, como instrumento do cuidado que apenas desaparecerá se o ser humano desaparecer.

Neste sentido, nos quadros seguintes daremos continuidade à descrição dos pressupostos e das proposições que, ao caracterizarem especificamente esta etapa do processo de enfermagem, completam a teorização do PrMVE do cuidador informal. (cf. Quadro n.º 7, p. 104 & cf. Quadro n.º 8, p. 105)

Quadro n.º 7 – Pressupostos e Indicadores Empíricos que teorizam o PrMVE do Cuidador Informal (Continuação)

Pressupostos (Continuação)		Indicadores Empíricos (Continuação)
<i>Resultados da Sincronização</i>	– Da construção do si-mesmo como instrumento do cuidado resulta a utilização na comunicação de uma linguagem simples, breve e clara.	– A expressão verbal revela competência linguística pela cortesia ao comunicar com respeito, pela solidariedade e disponibilidade ao mostrar que se interessa e preocupa, e pela empatia ao compreender e aceitar o outro.
	– Da construção do si-mesmo como instrumento do cuidado resulta a utilização do corpo, dos objetos associados ao corpo e do espaço para comunicar.	– A expressão não-verbal revela compreensão, interesse, respeito e preocupação para com a pessoa idosa dependente.
	– Da construção do si-mesmo como instrumento do cuidado resulta a utilização de artifícios no cuidado, a organização contextual dos cuidados e o estímulo para a participação ativa da pessoa idosa dependente nos mesmos.	– Exercer o poder e estabelecer o saber na relação de cuidado revelam a existência da liberdade do outro, garantindo a possibilidade de reação por parte daqueles sobre os quais o poder é exercido e não possuído.
	– Da construção do si-mesmo como instrumento do cuidado resulta a percepção de satisfação, resignação e segurança da pessoa idosa dependente na relação de cuidado.	– O bem-estar psicológico da pessoa idosa dependente revela a aceitação de si nos múltiplos aspetos que qualificam o seu envelhecimento e o estabelecimento de relações positivas com o cuidador informal, familiares, vizinhos e profissionais de saúde.
	– Da construção do si-mesmo como instrumento do cuidado resulta o estar delegado pelos enfermeiros para supervisionar o estado de saúde/doença da pessoa idosa dependente e gerir o regime terapêutico da mesma.	– A parceria no cuidado revela uma prestação de cuidados cooperativa e dinâmica em que todos os parceiros têm a capacidade de utilizar e articular conjuntamente os recursos num todo, visando o atingir de um objetivo comum, tomar cuidado da pessoa idosa dependente.
	– Da construção do si-mesmo como instrumento do cuidado resulta a partilha do cuidado à pessoa idosa dependente com familiares, vizinhos, ajudantes familiares e enfermeiros.	
	– Da construção do si-mesmo como instrumento do cuidado resulta a negociação com todos os parceiros na relação de cuidado.	

Pressupostos (Continuação)	Indicadores Empíricos (Continuação)
<ul style="list-style-type: none"> – A construção do si-mesmo como instrumento do cuidado é um processo de <i>empowerment</i> individual. 	<ul style="list-style-type: none"> – É um processo contínuo de interações recíprocas e de participação ativa que ocorrem num tempo transacional e num espaço social; – Permite, tomar consciência das necessidades, interesses e capacidades, identificar-se com os outros em situação semelhante, e mobilizar em sinergia as competências e os recursos necessários para uma tomada de decisão voluntária e uma escolha capacitada.

Quadro n.º 8 – Proposições que teorizam o PrMVE do Cuidador Informal (Continuação)

Proposições (Continuação)
<ul style="list-style-type: none"> – A construção do si-mesmo como instrumento do cuidado decorre sob um conjunto de condições que, ao determinarem a definição de respostas estratégicas a problemas ou acontecimentos vivenciados na relação de cuidado, suscitam consequências que retratam a inovação do PaMVE.
<ul style="list-style-type: none"> – A construção do si-mesmo como instrumento do cuidado é um processo cíclico, uma vez que as consequências alimentam o contexto que integra as condições que, por sua vez, irão influenciar um conjunto de estratégias a partir das quais resultam consequências.
<ul style="list-style-type: none"> – A construção do si-mesmo como instrumento do cuidado aumenta a eficácia do exercício de cidadania pois potencia o poder sobre o pensamento dos outros, o poder para ter acesso a recursos e bens e tomar decisões e fazer escolhas, e o poder de resistir ao poder dos outros se necessário.

4 – CONCLUSÃO

Perante o complexo de vivências, que caracteriza a experiência dos cuidadores informais na relação de cuidado à pessoa idosa dependente em ambiente domiciliário, e a necessidade de programação de estratégias de intervenção efetivas, tornou-se fundamental relevar o cuidador informal como cliente e compreendê-lo na sua singularidade humana e totalidade existencial. Neste sentido, revelou-se pertinente ter como foco dos cuidados e, consequentemente, objeto de estudo, a vulnerabilidade do cuidador informal como interpelação ética, sendo importante valorizar as suas potencialidades em ser mais, as suas possibilidades em estar-melhor e o respeito pelas suas limitações em não-ser (cf. Paterson & Zderad, p. 15).

Conceptualizar o cuidado de enfermagem na manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal reforçou o fio que liga enfermeiro e cuidador informal pois, construir no encontro inter-humano o cuidador informal como cliente, no sentido da valorização da sua humanidade e suportando-nos na sua existência e saber relativamente aos processos de vida, deu visibilidade à natureza onto-epistemológica do objeto em estudo e a uma conceção de cuidados iluminada pelo valor da dignidade humana e pelo encontro vivido entre quem cuida e quem é cuidado (cf. Botelho, p. 14).

Desta forma, é um cuidado que, ao estar inerente à coexistência humana e à realidade social do cuidador informal, é um encontro vivido e dialogado, numa contínua troca de energia com o mundo que envolve enfermeiro e cuidador informal na relação de cuidado.

No desenvolvimento do processo de cuidados, o encontro de cuidado inicia-se com a apreciação da expressão e significação do padrão unitário de manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal. Este PaMVE constitui a identidade do cuidador informal como um ser humano que se mantém sensível à pessoa idosa dependente, revelada na forma única como este está presente na relação de cuidado informal e pelo próprio ambiente de desenvolvimento de cuidados. Caracterizando o modo como o cuidador informal expressa o seu PaMVE, a sua presença na relação de cuidado à pessoa idosa dependente é retratada na forma como este comunica intra e interpessoalmente:

- percebe em si-mesmo sentimentos, valores humanos e crenças;
- percebe o outro-pessoa idosa dependente pelo modo como este desempenha as atividades de vida e pelas necessidades e capacidades no desenvolvimento das mesmas;
- comunica utilizando uma linguagem simples, breve e clara;
- comunica utilizando o corpo, objetos associados ao corpo e o espaço como produto da ação.

Caracterizando o modo como o cuidador informal vivencia a sua vulnerabilidade ética, atribuindo sentido ao Padrão, o ambiente de desenvolvimento de cuidados traduz-se através de um corpo de significações, estruturado de forma única pelas respostas cognitivas (razão), afetivas (emoção) e comportamentais (ação) dos diferentes atores sociais envolvidos na relação de cuidado à pessoa idosa dependente:

- o cuidador informal conjuga, no quotidiano, diferentes atividades com a prestação de cuidados à pessoa idosa dependente;
- o cuidador informal diferencia o tipo de suporte social que recebe;
- o cuidador informal providencia a existência e a preparação prévia de todos os materiais necessários à prestação de cuidados;
- o cuidador informal mantém a sua interação social;
- o cuidador informal é valorizado por familiares, vizinhos, ajudantes familiares e profissionais de saúde, pelo valor existencial da sua genuína intersubjetividade e encontro com o si-mesmo;
- o cuidador informal valoriza em si-mesmo a afetividade e a responsabilidade;
- o cuidador informal exerce o poder e estabelece o saber na relação de cuidado;
- a pessoa idosa dependente revela bem-estar psicológico;
- o cuidador informal está delegado pelo enfermeiro para supervisionar o estado de saúde/doença da pessoa idosa dependente e gerir o regime terapêutico da mesma;
- o cuidador informal partilha o cuidado à pessoa idosa dependente com enfermeiros, ajudantes familiares, vizinhos e familiares;
- o cuidador informal negocia com todos os parceiros na relação de cuidado.

É esta presença intencional do cuidador informal que se constitui no apelo para o início da relação dialógica com o enfermeiro, caracterizada por um diálogo de pensamentos, sentimentos e ações humanas (cf. Paterson & Zderad, p. 15).

Avaliado o perfil humano do cuidador informal que está-para-o-outro, num encontro genuíno, enfermeiro e cuidador informal estão sincronizados no tempo e espaço vividos do ambiente de desenvolvimento de cuidados e, enfatizando o valor da ligação relacional e o fator humano, o enfermeiro assimila uma proximidade relacional com o cuidador informal e assume a manutenção da sua vulnerabilidade ética como um padrão de humanidade no qual suporta a prestação de cuidados.

Desenvolvendo um processo de cuidados de humanidade, o enfermeiro tem como objetivos conservar ou restabelecer a vulnerabilidade ética do cuidador informal pois, enquanto pilar de humanidade, esta é essencial na construção do si-mesmo como instrumento do cuidado, potenciando a excelência da Pessoa do cuidador informal e do enfermeiro no reconhecimento do sentimento de pertença da espécie humana e da percepção do outro como sendo da mesma espécie (Gineste & Pellissier, 2007).

Deste modo, o processo de cuidados está em sincronização com o PrMVE do cuidador informal que, enquanto unidade criativa do Padrão, promove continuamente o desenvolvimento humano do mesmo. Neste Processo, sob um conjunto de condições, o cuidador informal interage como resposta estratégica a questões, problemas ou acontecimentos que vivencia e, mediante essas estratégias, surgem consequências que constituem resultados importantes na construção do si-mesmo e que demonstram a sua capacitação para tomar cuidado.

As condições para a construção do si-mesmo enquanto instrumento do cuidado, que se constituem como fatores promotores do PrMVE, são:

- a expressão de sentimentos, valores e crenças;
- a percepção da individualidade de vida da pessoa idosa dependente;
- a valorização social da singularidade e mestria do cuidador informal;
- autovalorização da afetividade e da responsabilidade para com a pessoa idosa dependente.

As interações que o cuidador informal estabelece na relação de cuidado para lidar com situações, resolver problemas e questões do quotidiano, que se constituem como estratégias promotoras do PrMVE, são:

- a diferenciação do tipo de suporte social recebido;

- a preparação prévia de todos os materiais necessários à prestação de cuidados;
- a incorporação para si-mesmo e a definição para o outro de diferentes papéis sociais na relação de cuidado (suporte emocional, informacional e instrumental).

Enquanto promotor de saúde, o enfermeiro, privilegiando o exercício do poder-com-o-outro, promove tais fatores e estratégias, potenciando a construção da linguagem e do sentido de tomar cuidado como motores do desenvolvimento do si-mesmo, enquanto instrumento do cuidado.

Ao compreendermos o Padrão e o Processo de Manutenção da Vulnerabilidade Ética do cuidador informal, definimos a Vulnerabilidade Ética como um determinante social de saúde do cuidador informal, pois a sua manutenção, segundo Morin (1990), consiste num fenómeno de autoeco-organização complexo que produz autonomia. Considerando na teoria a Pessoa como um sistema aberto, ecológico e em equilíbrio, o cuidador informal assenta a vivência da sua vulnerabilidade ética na capacidade de se autocuidar e o enfermeiro identifica-se com a responsabilidade de facilitar, potenciar, restaurar essa capacidade, numa lógica interna e externa que se intra e inter relacionam abertamente de forma sistemática.

Planeado e implementado o cuidado, o enfermeiro avalia-o centrando-se nas perceções e ações que surgem durante a sincronização e que retratam as consequências do PrMVE do cuidador informal:

- a utilização na comunicação de uma linguagem simples, breve e clara;
- a utilização do corpo, dos objetos associados ao corpo e do espaço para comunicar;
- a utilização de artifícios no cuidado, a organização contextual dos cuidados e o estímulo para a participação ativa da pessoa idosa dependente nos mesmos;
- a perceção de satisfação, resignação e segurança da pessoa idosa dependente na relação de cuidado;
- o estar delegado pelos enfermeiros para supervisionar o estado de saúde/doença da pessoa idosa dependente e gerir o regime terapêutico da mesma;
- a partilha do cuidado à pessoa idosa dependente com familiares, vizinhos, ajudantes familiares e enfermeiros.

- a negociação com todos os parceiros na relação de cuidado.

Perante tais resultados da sincronização, consideramos que o foco e os objetivos do cuidado de enfermagem promovem um processo de *empowerment* individual, fazendo emergir que “Estar Eticamente Vulnerável” representa o tesouro acumulado de compreensões, de emoções e de ações que o cuidador informal continua a enriquecer ao longo do seu processo de desenvolvimento humano.

No que diz respeito à teorização enquanto produto, “Estar Eticamente Vulnerável” é uma teoria de fácil compreensão porque tem um número limitado de conceitos que, ao retratarem a visão média da realidade social e o âmbito ser circunscrito ao cuidador informal, são facilmente observáveis e suficientemente abstratos para suportar a generalização e a operacionalização da teoria na relação de cuidado, tendo como foco a vulnerabilidade ética do cuidador informal.

A simplicidade alia-se à clareza, pois as definições conceptuais e as declarações teóricas propostas apresentam consistência e transparência semântica aquando da existência:

- de termos cujo significado traduzem a origem da teoria;
- de pressupostos e proposições que, nitidamente, concretizam os conceitos e descrevem a relação existente entre os mesmos, as suas propriedades, e as suas dimensões, respetivamente;
- do modelo que claramente explicita a estrutura lógica da teoria, no que diz respeito, à identificação dos conceitos meta-paradigmáticos, à determinação da ordem de aparecimento das relações no processo de enfermagem, e à especificação dos vínculos que explicam a direção, a força e a qualidade das relações.

Avaliada a simplicidade e clareza da teoria, onde destacámos os seus componentes funcionais (âmbito, origem e contexto) e estruturais (conceitos, pressupostos e proposições), importa agora, numa dimensão prospetiva, analisar o seu conteúdo e a sua função, determinando a sua relevância e aplicabilidade em Enfermagem (Meleis, 2005). Assim, iremos perspetivar as implicações do estudo de um modo transversal, ao nível da disciplina, do mandato social e da profissão e, elencando os contributos da construção teórica sugerida, projetamos a sua continuidade e prosseguimento.

Assim, a teoria construída enriquece a conceção enquanto dimensão da disciplina, uma vez que explica a perspetiva de enfermagem na manutenção da vulnerabilidade ética

do cuidador informal, tendo por base a compreensão das expressões conceptuais “Estar Eticamente Vulnerável” e “A construção do Si-mesmo como Instrumento do Cuidado”.

É uma teoria congruente com o Paradigma da Transformação, pois explica o cuidado de enfermagem na manutenção da vulnerabilidade ética do cuidador informal como uma resposta cuja natureza é descrita pela abertura a um padrão e a um processo únicos e evolutivos. Esta abertura ao mundo, que determina a integralidade entre o campo humano e o campo ambiental, é também realçada na teoria pela identidade unitária do cuidador informal que está eticamente vulnerável, reconhecendo, tal como no Paradigma da Transformação, a pessoa como o agente da mudança e o ambiente como o contexto das interações humanas (Kérouac *et al.*, 2010).

Importa referir que a presente teoria de cuidar em humanidade, ao enfatizar a participação ativa do cuidador informal na potencialização do seu singular capital humano de saúde, poderá contribuir para a efetiva mudança da orientação estratégica nos CSP, assumindo um papel de suporte no planeamento de Estratégias Locais de Saúde, assente na centralidade do cidadão e na promoção da saúde.

Por que perante o impacto negativo da crise sobre a saúde das pessoas, os CSP são sistematicamente referidos no discurso político como a área a privilegiar num cenário de crise (OPSS, 2014), desafiamos os enfermeiros a converter a evidência científica produzida em ganhos em saúde para o cuidador informal, através da optimização de intervenções intersectoriais direccionadas para a obtenção de equidade e de acesso adequado aos cuidados de saúde, promovendo uma cidadania ativa (DGS, 2012).

É neste sentido de integração das dimensões pessoal, humanidade e mandato social que o enfermeiro exerce a sua profissionalidade pois, indo para além da habilidade técnica, atua de acordo com o *ethos* profissional, procurando a excelência dos cuidados (Amendoeira, 2008).

Convictos que a resposta ao desafio colocado será o desenvolvimento de tais capacidades e qualificações do enfermeiro, procurando respeitar e ajudar o cuidador informal a viver a vida humana com todas as vicissitudes, a presente investigação assume um papel fundamental na investigação de translação pois, afastando a noção de transposição linear do conhecimento (investigação-aplicação), evocamos a translação do conhecimento, recriando a espiral do PrMVE do cuidador informal na espiral hermenêutica de construção do conhecimento em Enfermagem, que traduz o processo constante e evolutivo de compreensão-transformação-compreensão (Medina-Moya, 2005).

Acreditando que o conhecimento em Enfermagem não se restringe ao saber proveniente da investigação, mobilizando o seu processo constante e evolutivo, este é desenvolvido na clínica e reveste-se de aspetos pessoais do cliente (valores, crenças, capacidades, necessidades). Deste modo, a reflexão permanente, aberta e partilhada pelos clínicos que irão operacionalizar a teoria “Estar Eticamente Vulnerável”, irá permitir definir e redefinir outras metas para a própria profissão e para a própria disciplina, que contextualizarão futuros processos de investigação num sentido crescente da espiral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amendoeira, J. (2006). Enfermagem, disciplina do conhecimento. *Sinais Vitais*, 67, pp. 19-27.

Amendoeira, J. (2008). A Ética das profissões. Instituto Superior de Gestão, Lisboa, Portugal. Disponível em <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/671/1/%C3%88tica%20das%20profiss%C3%B5es.pdf>

Andrade, F. M. M. (2009). O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Universidade do Minho, Braga, Portugal. Disponível em http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mestrado_Fernanda_%20Andrade-Vers%C3%A3o_final.pdf

Araújo, U. F. (2007). A construção social e psicológica dos valores. (17-62). In Arantes, V.A. (ed.) Educação e Valores: pontos e contrapontos. São Paulo: Summus.

Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem a construção da disciplina. *Pensar Enfermagem*, 13 (2), pp.11-18.

Berger, P. L. & Luckmann, T. (2010). A construção social da realidade. Lisboa: Dinalivro

Birck, V. R. & Keske, H. I. (2008). A Voz do Corpo: A Comunicação Não-Verbal e as Relações Interpessoais. XXXI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação; Natal, setembro, 2008. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. Disponível em <http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2008/resumos/R3-0900-1.pdf>

- Botelho, M. A. (2004). A Pessoa e os Cuidados de Saúde. *Pensar Enfermagem*, 8 (2), p. 70.
- Blumer, H. (1986). Symbolic Interactionism: perspective and method. Oakland: University of California Press.
- Brito, M. L. S. (2000). A Saúde Mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade do Porto, Porto, Portugal. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9933>
- Bronfenbrenner, U. (2011). Bioecologia do desenvolvimento humano. Porto Alegre: Artmed.
- Burgess, R. G. (2001). A pesquisa de terreno. Oeiras: Celta.
- Caetano, A. & Vala, J. (2007). Gestão de recursos humanos. Lisboa: Editora RH.
- Caetano, J. & Rasquilha, L. (2007). Gestão e planeamento da comunicação. Lisboa: Quimera.
- Camargo, J. (2001). Educação dos sentimentos. (7ª ed.) Porto Alegre: AGE.
- Charon, J. M. (2009). Symbolic Interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. (10ª ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Crist, J. D. (2004). The meaning for elders of receiving family care. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (5), pp. 485-493.
- Cunha, M. P.; Cabral-Cardoso, C.; Cunha, R. C.; Rego, A. (2006). Manual de comportamento organizacional e gestão. (6ª ed.). Lisboa: Editora RH.
- Dantas, H. (2006). A afetividade e a construção do sujeito na psicogenética de Wallon. (85-100). In La Taille, Y.; Dantas, H.; Oliveira, M. K. Piaget, Vygotski, Wallon – Teorias Psicogenéticas em discussão. São Paulo: Diversos.

- Davies, P. (2002). As múltiplas faces do tempo. *Scientific American Brasil*, 5, pp. 54-59.
- De La Cuesta, C. (2004). Construir un mundo para el cuidado. *Revista ROL de Enfermería*, 27 (12), pp. 51-59.
- Diniz, R. (2005). Parceria: circunscrevendo um conceito que nos é próximo?! *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 3, pp. 19-26.
- Direção-Geral da Saúde (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- Durkheim, E. (2012). La division del trabajo social. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fernandes, A. T. (1992). Espaço Social e suas representações. VI Colóquio Ibérico de Geografia; Porto, setembro, 1992. Universidade do Porto. Disponível em ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/artigo6661.pdf
- Figueiredo, D. (2007). Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. M. (2006). O envelhecimento – Uma abordagem psicológica. Lisboa: Universidade Católica.
- Foucault, M. (2008). A arqueologia do saber. (7ª ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Gineste, Y. & Pellissier, J. (2007). Humanitude, Cuidar e compreender a velhice. Lisboa: Instituto Piaget.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (2006). O inquérito: teoria e prática. Oeiras: Celta.
- Gottlieb, L. & Feely, N. (2005). The collaborative partnership approach to care: a delicate balance. Toronto: Elsevier.

- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (2005). Paradigmatic controversies, contradictions and emerging confluences. (191-215). In Denzin, N. & Lincoln, Y. S. (eds.) *Handbook of Qualitative Research* (3ª ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Hermansson, E. & Martensson, L. (2011). Empowerment in the midwifery context-a concept analysis. *Midwifery*, 27 (6), pp. 811-816.
- Holland, K.; Jenkins, J.; Solomon, J.; Whittam, S. (2008). *Application of the Roper, Logan and Tierney Model of Nursing in Practice*. (2ª ed.). Edinburgh: Elsevier.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar – Persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Hunsaker, P. L. (2010). *Gerir Pessoas: desempenho, motivação, delegação, reacção, avaliações*. Porto: Civilização.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (3ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- International Council of Nurses (2008). *Nursing Perspectives and Contribution to Primary Health Care*. Geneva: International Council of Nurses. Disponível em http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/primary_health_care.pdf
- Jacquard, A. (1987). *Cinq milliards d'hommes dans un vaisseau*. Paris: Points.
- Janet, P. (2005). *L'évolution Psychologique de la Personnalité*. Paris: Harmattan.
- Kerouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Major, F. (2010). *La pensée infirmière*. 3ª ed. Montréal: Chenelière Éducation.
- Kuiava, E. A. (2006). A responsabilidade como princípio ético em H. Jonas e E. Levinas: uma aproximação. *Veritas*, 51 (2), pp. 55-60.

- Lage, M. I. G. S. (2007). Avaliação dos Cuidados Informais aos Idosos: Estudo do Impacte do cuidado no cuidador informal. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7243/4/TESE%20DISCUSS%C3%83O%2008%20ABRI L.pdf>
- Levinas, E. (1988). Ética e Infinito. Lisboa: Edições 70.
- Leite, A. G. (2008). Relações interpessoais e comunicação. Lisboa: CECOA.
- Lessard- Hébert, M. (2008). Investigação Qualitativa – Fundamentos e práticas. Lisboa: Instituto Piaget.
- Levinas, E. (1993). Humanismo do outro homem. 2ª ed. Petrópolis: Vozes.
- Levinas, E. (2000). Totalidade e Infinito. Lisboa: Edições 70.
- Levinas, E. (2003a). De otro modo que ser: o más allá de la esencia. 4ª ed. Salamanca: Edições Sígueme.
- Levinas, E. (2003b). Deus, a morte e o tempo. Coimbra: Almedina.
- Levinas, E. (2005). Entre Nós – ensaios sobre a alteridade. 2ª ed. Petrópolis: Editora Vozes.
- Lima, L. P. (2002). Atitudes: estrutura e mudança. (187-225). In Vala, J. & Monteiro, M. B. (eds.) Psicologia Social. (5ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Loureiro, N. V. (2009). A sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos com demência. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto, Portugal. Disponível em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1516/2/DM_NicoleLoureiro.pdf

- Marques, W. L. (2010). Administrando a vida através da própria vida. Fundação Biblioteca Nacional – Ministério da Cultura.
- Martín, I.; Paúl, C.; Roncon, J. (2001). Estudo de adaptação e validação da Escala de Avaliação do Cuidado Informal. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1, pp. 3-9.
- Martinelli, M. (1999). Conversando sobre Educação em Valores Humanos. São Paulo: Peirópolis.
- McCarthy, V. L. & Freeman, L. H. (2008). A multidisciplinary concept analysis of empowerment: Implications for nursing. *Journal of Theory Construction and Testing*, 12 (2), pp. 68-74.
- Mcconaghy, R. & Caltabiano, M. L. (2005). Caring for a person with dementia: Exploring relationship between perceived burden, depression, coping and well-being. *Nursing and Health Sciences*, 7, pp. 81-91.
- McEwen, M. & Wills, E. M. (2009). Bases Teóricas para a Enfermagem. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Mead, G. H. (2007). Espírito, persona y sociedad. Barcelona: Paidós Básica.
- Meleis, A. I. (2005). Theoretical nursing: development and progress. (3ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Medina-Moya, J. L. (2008). De mapas y territorios. Formalización de los saberes profesionales en el curriculum. *ROL*, 31 (7-8), pp. 533-536.
- Mesquita, R. M. (1997). Comunicação não-verbal: Relevância na actuação profissional. *Revista Paulista de Educação Física*, 11 (2), pp. 155-63.
- Mestre, M. J. B. N. (2010). Suporte Social e Coping nos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade do Algarve, Faro, Portugal.

Disponível

em

http://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/399/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O_MES_TRADO.pdf

Morin, E. (1990). Introdução ao pensamento complexo. (5ª ed.) Lisboa: Instituto Piaget.

Movius, H. & Susskind, L. (2010). A empresa negociadora – estratégias e táticas assertivas de negociação para gerar valor e preservar relacionamentos. Rio de Janeiro: Campus.

Neves, M. P. (2006). Sentidos da Vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética*, 2, pp.157-172.

Nichiata, L. Y. I.; Bertolozzi, M. R.; Takahashi, R. F.; Fracolli, L. A. (2008). A utilização do conceito “Vulnerabilidade” pela Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (5), pp. 923-928.

Oliveira, A. L. C. (2009). Cuidados informais ao idoso dependente: motivos e gratificações. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Disponível em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3295/1/2009001100.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEM%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf>

Osterwan, P. & Schwartz-Barcott, D. (1997). Quatro maneiras de estar presente. *Servir*, 45 (6), pp. 317-324.

Passadori, R. (2009). As sete dimensões da comunicação. São Paulo: Gente.

Paterson, J. & Zderad, L. (2008). Humanistic Nursing. Disponível em <http://www.gutenberg.org/cache/epub/25020/pg25020.html>, acedido a 10 de Maio 2013.

- Pereira, G. R. M. & Catani, A. M. (2002). Espaço social e Espaço Simbólico. *Perspectiva*, 20, pp. 107-120.
- Petronilho, F. A. S. (2013). A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos. Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador. Tese Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10572/1/ulsd067227_td_Fernando_Petronilho.pdf
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- Phaneuf, M. Le concept d'humanité: une application aux soins infirmiers généraux. Disponível em <http://cec-formation.net/pagesperso-orange.fr/phaneuf.pdf>, acedido a 6 de Janeiro de 2014.
- Pinto, C. (2013). Uma prática de empowerment com adultos idosos. (49-65). In Carvalho, M. I. (ed.) Serviço Social no envelhecimento. Lisboa: Pactor.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2006). Fundamentos de Enfermagem. Loures: Lusodidacta.
- Rasulo, D.; Christensen, K.; Tomasini, C. (2005). The influence of social relations on mortality in later life: a study on elderly Danish twins. *The Gerontologist*, 45 (5), pp. 601-608.
- Ricoeur, P. (1990). O Si-mesmo como um Outro. São Paulo: Papirus.
- Rogers, M. E. (1990). Nursing: Science of unitary, irreducible, human beings: Update 1990. (5-12). In Barrett, E. A. (Ed.) Visions of Rogers' Science-based nursing. New York: National League for Nursing Press.

- Rolo, L. C. A. A. (2008). Sobrecarga e Satisfação com a vida: a perceção dos cuidadores informais de idosos. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Disponível em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3303/1/2010000708.pdf>
- Rosa, J. C. & Basto, M. L. (2009). Necessidade e Necessidades - Revisitando o seu uso em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 13 (1), pp. 13-23.
- Rosanvallon, P. (2011). La société des égaux. Paris: Seuil.
- Ryff, C. D. & Singer, B. H. (2006). Know Thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9 (1), pp. 13-39.
- Santos, D. I. F. A. (2008). As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente. Um estudo no Concelho da Lourinhã. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa, Portugal. Disponível em http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/732/1/TMCS_DinaSantos.pdf
- Schütz, A. (2008). Le chercheur et le quotidien. Paris: Klincksieck.
- Sequeira, A. (2007). Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções. Coimbra: Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). Cuidar de Idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel.
- Seymour, J. & O'Connor, J. (1996). Treinando com a PNL. (2ª ed.). São Paulo: Summus.
- Silva, L. M. G.; Brasil, V. V.; Guimarães, H. C. Q. C. P.; Savonitti, B. H. R. A.; Silva, M. J. P. (2000). Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8 (4), pp. 52-58.
- Simões, A. (2006). A nova velhice. Um novo público a educar. Porto: Ambar.

- Simões, M.; Salgueiro, N.; Rodrigues, M. (2012). Cuidar em Humanidade: estudo aplicado em cuidados continuados. *Referência*, 6, pp. 81-93.
- Sirgado, A. P. (2000). O social e o cultural na obra de Vygotsky. *Educação & Sociedade*, 71, pp. 45-78.
- Sousa, L.; Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). Envelhecer em Família: os cuidados familiares na velhice. Porto: Ambar.
- Spradley, J. (1980). Participant observation. Orlando: HBJ.
- Stajduhar, K. & Davies, B. (2005). Variations in and factors influencing family members' decisions for the palliative home care. *Palliative Medicine*, 19, pp. 21-32.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2008). Pesquisa Qualitativa – Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Tierney, A. J. & Roper, N. (2000). Roper-Logan-Tierney Model Of Nursing Based On Activities Of Living. Edinburgh: Elsevier.
- Van Riper, M. (2001). Factors influencing family function and the health of family members. (122-145). In Hanson, S. M. H. (ed.), Family health care nursing: theory, practice, and research. Philadelphia: F. A. Davies.
- Velez, M. A. M. R. B. A. (2002). A Pessoa e os cuidados de Saúde: compreensão ética e “sentido fenomenológico”. Tese de Doutoramento em Filosofia, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Viscott, D. (1982). A linguagem dos sentimentos. (18ª ed.). São Paulo: Summus.
- Vygotsky, L. S. (2005). A formação social da mente. (7ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Wennman-larsend & Tishelman, C. (2002). Advanced Home Care for Cancer Patients at the end of life: a qualitative study of hopes and expectations of family caregivers. *Mental Health Nursing*. 19, pp. 11-27.

ANEXOS

ANEXO I – Síntese dos resultados da Revisão Sistemática da Literatura

Quadro n.º 9 – Modo como o cuidador informal vivencia a prestação de cuidados enquanto experiência gratificante

Autores	Categorias	Propriedades	Dimensões
Figueiredo (2007)	Motivos para Cuidar	Relação com a pessoa idosa	- Amor e ternura pela pessoa idosa dependente - Por obrigação e dever - Reconhecimento à pessoa idosa pela ajuda por ela dispensada durante a vida
Rolo (2008)		Respeito pela vontade da pessoa idosa dependente	
Santos (2008)		Ausência de outra resposta	- Desadequação do apoio formal face às necessidades sentidas - Indisponibilidade económica do cuidador em aceder ao apoio formal
Andrade (2009)		Agravamento do estado de saúde da pessoa idosa	
Oliveira (2009)	Fontes de satisfação	Prestação de cuidados	- Sentimento de dever cumprido - Gosto por cuidar - Maior aproximação à pessoa idosa
Santos (2008)		Bem-estar da pessoa idosa dependente	- Dignidade - Satisfação das necessidades - Melhoria do estado de saúde
Andrade (2009)		Controlo do cuidado	- Sentido de responsabilidade - Orgulho e vaidade - Capacidade de tomada de decisão
Oliveira (2009)	Estratégias de <i>coping</i>	Aceitação da situação	- Viver um dia de cada vez - Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está - Aceitar a situação tal como ela é - Acreditar em mim próprio(a) e na minha capacidade para lidar com a situação - Pensar que ninguém tem culpa da situação
McConaghy, Ronelle e Caltabiano, Marie Louise (2005)		Planeamento dos cuidados	- Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível - Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais obter - Manter a pessoa de quem cuido tão ativa quanto possível - Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes
Sequeira (2010)		Resolução de problemas	- Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte - Ter tempo para outro tipo de tarefas - Atividades recreativas - Partilha de sentimentos
Santos (2008)			
Andrade (2009)			
Mestre (2010)			

ANEXO II – Cronograma global do Processo de Investigação

Quadro n.º 10 - Cronograma global do Processo de Investigação

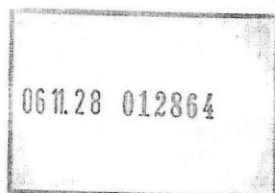
	2008	2009				2010				2011				2012				2013				2014		
	Out. Dez.	Jan. Mar.	Abr. Jun.	Jul. Set.	Out. Dez.	Jan. Mar.	Abr. Jun.	Jul. Set.	Out. Dez.	Jan. Mar.	Abr. Jun.	Jul. Set.	Out. Dez.	Jan. Mar.	Abr. Jun.	Jul. Set.	Out. Dez.	Jan. Mar.	Abr. Jun.	Jul. Set.	Out. Dez.	Jan. Mar.	Abr. Jun.	Jul. Nov.
Revisão bibliográfica																								
Acesso ao espaço de Investigação																								
Produção de dados																								
Tratamento e apresentação dos dados																								
Análise e Interpretação dos dados																								
Elaboração do relatório																								

ANEXO III – Autorização do Diretor Executivo do ACES para a operacionalização do estudo



Ministério da Saúde

Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo
Sub-Região de Santarém



Ex.ª Senhora

Enf.ª Maria de La Salette Nunes Ferreira

Centro de Saúde de Almeirim

Rua Canto do Jardim

2080 – 011 ALMEIRIM

Sua referência

Sua Comunicação de

Nossa referência
D.S.S.

Data
24.11.2006

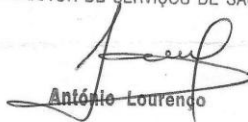
**ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação
Tese de Doutoramento em Enfermagem**

Em resposta ao requerimento de V. Ex.ª, de 23.10.2006, informo que por despacho do Sr. Coordenador Sub-Regional, foi autorizada a realizar o estudo de investigação - Tese de Doutoramento em Enfermagem.

Sugere-se que no final do estudo, seja dado conhecimento a esta Sub-Região sobre as suas conclusões.

Com os melhores cumprimentos,

O DIRECTOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE


António Lourenço

/FV

Avenida José Saramago, 15-17 - Apartado 221-2001-903 SANTARÉM
Telef.: 243 300 700 - Fax.: 243 328 773 - Mail: geral@srssantarem.min-saude.pt

ANEXO IV – Termo de Consentimento Informado



TERMO DE CONSENTIMENTO

Este Consentimento diz respeito à minha participação no Estudo de Investigação com o título “*A Vulnerabilidade do Cuidador Informal como foco dos Cuidados de Enfermagem*”, de autoria da investigadora Maria de La Salette Nunes Ferreira, sob orientação científica da Professora Doutora Maria Antónia Rebelo Botelho, no âmbito do Doutoramento em Enfermagem.

Este estudo pretende analisar a experiência de vulnerabilidade do familiar ou amigo que cuida da pessoa idosa que está em casa e a sua influência no desenvolvimento desses cuidados.

A minha participação neste estudo será no sentido de permitir e/ou estar disponível para ser acompanhado pela investigadora para vários períodos de observação participante do meu dia-a-dia e ser entrevistado acerca da minha experiência enquanto cuidador.

Estou ciente que a participação neste estudo é voluntária e se não quiser participar ou se quiser desistir em qualquer momento, tenho absoluta liberdade para o fazer sem qualquer tipo de prejuízo ou cobrança.

Fui esclarecido/a que a participação no estudo não representa quaisquer tipos de riscos para mim nem para o meu familiar e que embora não existam benefícios directos em participar, indirectamente estou a contribuir para que os enfermeiros compreendam o modo de cuidar quando o alvo dos seus cuidados é o familiar ou amigo de pessoas idosas que estão em casa.

Fui informado/a que a minha privacidade será respeitada em todas as fases do estudo, ou seja, o meu nome ou qualquer outro dado que possa identificar-me, será sempre mantido em sigilo.

Quaisquer dúvidas relativas ao estudo poderão ser esclarecidas pela investigadora através do n.º de telemóvel 962303466, sendo que me foram garantidas todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo antes de preencher o Termo de Consentimento.

Perante tudo isto, e estando totalmente ciente de que não há nenhum valor económico a receber ou a pagar, manifesto o meu livre consentimento em participar no estudo e dou / não dou permissão para gravar a(s) entrevista(s). Declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

(Data e Local)

(O/A Participante)

(Data e Local)

(A Investigadora)

ANEXO V – Guião de Observação Participante Descritiva

Quadro n.º 11 – Guião de Observação Participante Descritiva

Locais a observar	<ul style="list-style-type: none"> – Espaços no interior do domicílio como, quarto, cozinha, sala, corredor, ect. – Espaços no exterior do domicílio como, quintal, horta, loja, igreja, unidade de saúde, ect.
Períodos a observar	Períodos da manhã e da tarde.
Postura durante a observação	<ul style="list-style-type: none"> – Usar roupa discreta e cuidada (não uso de farda). – Ir munida de um pequeno bloco de apontamentos e material de escrita. – Tomar notas no final do período de observação. – Desempenhar o papel de observador-participante: <ul style="list-style-type: none"> ✓ suscitar interação com o sujeito do estudo e com a pessoa idosa; ✓ não perturbar/alterar as interações nem participar na prestação de cuidados informais; ✓ estabelecer uma relação de confiança c/ o sujeito do estudo e c/ a pessoa idosa; ✓ participar na vida quotidiana do sujeito do estudo; ✓ manter uma perspetiva analítica tendo em conta os objetivos da observação.
Elementos a observar	<u>A presença do cuidador informal:</u> <ul style="list-style-type: none"> – Apresentação – Tipo de comportamento/modo de estar – Papel social – Tipo de comunicação/Interação
	<u>A presença da pessoa idosa dependente:</u> <ul style="list-style-type: none"> – Apresentação – Tipo de comportamento/modo de estar – Papel social – Tipo de comunicação/Interação
	<u>A presença de outros atores no processo de cuidados à pessoa idosa dependente:</u> <ul style="list-style-type: none"> – Apresentação – Tipo de comportamento/modo de estar – Papel social – Tipo de comunicação/Interação
	<u>Atividades onde há interação cuidador informal/pessoa idosa dependente</u> <ul style="list-style-type: none"> – Motivação e objetivos da Interação – Tipo de comportamento dos intervenientes durante a interação – Tipo de comunicação dos intervenientes durante a interação – Continuidade face a interações anteriores – Alterações na atitude/desempenho do cuidador informal

	<p><u>Atividades onde há interação cuidador informal/outros atores no processo de cuidados à pessoa idosa dependente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Motivação e objetivos da Interação – Tipo de comportamento dos intervenientes durante a interação – Tipo de comunicação dos intervenientes durante a interação – Continuidade face a interações anteriores – Alterações na atitude/desempenho do cuidador informal <p><u>O espaço no interior do domicílio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Apresentação dos espaços interiores ao domicílio que o cuidador informal costuma frequentar – Função de cada divisão do domicílio – Atitude/desempenho do cuidador informal em cada divisão do domicílio <p><u>O espaço no exterior do domicílio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Apresentação dos espaços exteriores ao domicílio que o cuidador informal costuma frequentar – Função de cada espaço – Atitude/desempenho do cuidador informal em cada espaço
Registos	<ul style="list-style-type: none"> – Fazer descrições das interações ocorridas, considerando os tópicos e as orientações anteriormente descritas. – Acrescentar todos os aspetos considerados pertinentes e úteis à compreensão do fenómeno em estudo.

ANEXO VI – Guião de Entrevista

Quadro n.º 12 – Guião da Entrevista

Introdução	<ul style="list-style-type: none"> – (Re)explicação sumária do trabalho que estou a desenvolver – Explicação da entrevista considerando: <ul style="list-style-type: none"> ✓ os objetivos ✓ a minha função na entrevista ✓ a gravação dos dados ✓ o tratamento dos dados ✓ a confidencialidade – (Re)lembrar que a autorização para a realização da entrevista e sua gravação está registada no termo de consentimento.
Fase Narrativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. O que é que contribuiu para cuidar do seu familiar? 2. Como se sente no desempenho do cuidado? 3. Poderia-me descrever o que considera um dia normal para si quando está a cuidar do seu familiar? 4. No decurso da sua experiência como cuidador(a), tem vivido muitas situações com o seu familiar. Peço-lhe que escolha uma dessas situações e me conte desde o início até ao fim. 5. Após ter passado por várias situações, que conselho daria a alguém que começa a cuidar de um familiar?
Fase de Balanço	<ul style="list-style-type: none"> – Acrescentar outras perguntas consideradas pertinentes, considerando o objectivo e baseadas no relato do sujeito.

ANEXO VII – Guião de Observação Participante Focalizada

Quadro n.º 13 – Guião de Observação Participante Focalizada

Foco de Observação: Estrutura da vulnerabilidade ética do cuidador informal	
Locais a observar	<ul style="list-style-type: none"> – Espaços no interior do domicílio como, quarto, cozinha, sala, corredor, ect. – Espaços no exterior do domicílio como, quintal, horta, loja, igreja, unidade de saúde, ect.
Períodos a observar	Períodos da manhã e da tarde.
Postura durante a observação	<ul style="list-style-type: none"> – Usar roupa discreta e cuidada (não uso de farda). – Ir munida de um pequeno bloco de apontamentos e material de escrita. – Tomar notas no final do período de observação. – Desempenhar o papel de observador-participante: <ul style="list-style-type: none"> ✓ suscitar interação com o sujeito do estudo e com a pessoa idosa; ✓ não perturbar/alterar as interações nem participar na prestação de cuidados informais; ✓ estabelecer uma relação de confiança c/ o sujeito do estudo e c/ a pessoa idosa; ✓ participar na vida quotidiana do sujeito do estudo; ✓ manter uma perspetiva analítica tendo em conta os objetivos da observação.
Domínios a observar	<p><u>A Razão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – O comportamento/modo de estar do cuidador informal, da pessoa idosa dependente e de outros atores envolvidos no processo de cuidados; – Conteúdo e objetivos das atividades onde há interação: <ul style="list-style-type: none"> ✓ cuidador informal/pessoa idosa dependente ✓ cuidador informal/outros atores no processo de cuidados à pessoa idosa dependente – Apresentação e função dos espaços exteriores e interiores ao domicílio que o cuidador informal costuma frequentar <p><u>A Emoção:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – O comportamento/modo de estar do cuidador informal, da pessoa idosa dependente e de outros atores envolvidos no processo de cuidados; – Conteúdo e objetivos das atividades onde há interação: <ul style="list-style-type: none"> ✓ cuidador informal/pessoa idosa dependente ✓ cuidador informal/outros atores no processo de cuidados à pessoa idosa dependente – Apresentação e função dos espaços exteriores e interiores ao domicílio que o cuidador informal costuma frequentar

	<p><u>A Ação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – O comportamento/modo de estar do cuidador informal, da pessoa idosa dependente e de outros atores envolvidos no processo de cuidados; – Conteúdo e objetivos das atividades onde há interação: <ul style="list-style-type: none"> ✓ cuidador informal/pessoa idosa dependente ✓ cuidador informal/outras atores no processo de cuidados à pessoa idosa dependente – Apresentação e função dos espaços exteriores e interiores ao domicílio que o cuidador informal costuma frequentar
Registos	<ul style="list-style-type: none"> – Fazer descrições das interações ocorridas, considerando os tópicos e as orientações anteriormente descritas. – Acrescentar todos os aspetos considerados pertinentes e úteis à compreensão do fenómeno em estudo.

ANEXO VIII – Nota de Codificação Aberta

= CODIFICAÇÃO ABERTA: Conceptualização =

“eu também saio à minha mãe... gosto de ajudar naquilo que posso, gosto de fazer bem pelos outros.”. [S3, O3, L15] *Bondade/Compaixão*

“ando na fisioterapia porque ando com dores no ombro esquerdo de lidar com ela (mãe), mesmo assim sinto-me bem, não sou pessoa de me queixar.” [S3, O2, L2] *Satisfação*

“penso que também tenho que fazer um sacrifício para a ajudar.” [S3, O1, L30] *Sacrifício/Esforço*

“...eu acho que ele merece, merece ter, quando for vai consoladinho.” [S1, O1, L35] *Reconhecimento*

“... quando chegam a velhinhos a gente tem que desculpar e não fazer caso.” [S3, O2, L31] *Desculpar o outro*

“... não quero preocupar as outras pessoas (...) se eu me levanto duas, três, quatro, cinco vezes durante a noite eu não estou aqui a dizer no outro dia ah esta noite andei a fazer isto, andei a fazer aquilo. Não vale a pena, (...) as coisas que eu faço, faço com gosto e não tenho que andar a preocupar as outras pessoas.” [S1, O2, L40] *Silêncio interior*

“sinto-me bem a dar-lhe tudo de bom...” [S2, O1, L44] *Satisfação em dar*

“... vou ao café, vou a uma festinha qualquer, brinco, falo, danço mas a cabeça está aqui em casa.” [S3, O3, L31] *Preocupação*

D. Rita justifica a presença do lenço na cabeça dizendo que no dia do banho total lavam a cabeça e depois colocam o lenço para a mãe não arrefecer. [S3, O1, L23] *Colocação do lenço para não arrefecer*

D. Rita refere que tem o cuidado de ligar o ar condicionado para que quando cheguem as senhoras do apoio para fazer a higiene à mãe a casa esteja quente. [S3, O1, L26] *Aquecimento da casa para cuidados de higiene*

D. Isabel refere que a partir do momento da fratura da cabeça do fémur, houve a necessidade do marido ficar a dormir em cama articulada (...) [S1, O1, L35] *Cama articulada por existência de fratura do fémur*

Sr. Manuel refere que (...) os alimentos têm que ser triturados para não se engasgar ... [S4, O1, L42] *Alimentos triturados para não se engasgar*

D. Isabel refere que o marido (...) quando tem períodos de agitação psicomotora passa a mão na cara repetidamente, não pára com os maxilares e fica verborreico. [S1, O2, L43] *Quando está agitado passa a mão na cara, não pára com os maxilares e fica verborreico*

D. Rita refere que a mãe (...) só tem períodos de agitação psicomotora (...) quando não sente a filha em casa durante muito tempo. [S3, O2, L45] *Agitação psicomotora quando não sente a filha em casa durante muito tempo*

= CODIFICAÇÃO ABERTA: Conceptualização =

D. Leonor refere que (...) quando o marido fica mais tempo sem evacuar a ingestão de verduras ou fruta resolve o problema, não sendo necessário recorrer a laxantes. [S2, O1, L46] *Verduras e fruta estimulam o trânsito intestinal*

D. Rita refere que de hora a hora vai ao pé da mãe para ver como é que ela está e dá-lhe uma seringa de água, pois sabe que ela tem que beber 1,5lt por dia ... [S3, O2, L79] *Ingestão de água porque tem que beber 1,5lt/dia*

D. Leonor refere que habitualmente o marido dorme bem (...) [S2, O2, L43] *Dorme bem*

Sr. Manuel refere que habitualmente a esposa tem apetite, engole sem se engasgar (...) e come sempre a quantidade de comida que lhe dão. [S4, O2, L30] *Tem apetite; Engole sem se engasgar; Come sempre tudo*

D. Isabel refere que o marido habitualmente evacua dia sim dia não... [S1, O3, L46] *Evacua dia sim dia não*

“depois de almoçar, fica com o estômago reconfortado e geralmente dorme uma sesta até as senhoras do apoio virem às 15h00.” [S3, O3, L85] *Dorme a sesta depois do almoço*

D. Rita ao ver a mãe nua (durante os cuidados de higiene) refere: “Mesmo depois destes anos todos em que tem estado acamada ainda está gordinha... ela habitualmente come sempre bem!!” [S3, O2, L46] *Come sempre bem*

(...) a mãe emite uns sons não perceptíveis aos quais a D. Rita sorri e, enquanto lhe passa com a mão na face, diz com expressão calma: “ninguém percebe, mas eu já sei que este som quer dizer que está satisfeita e que gosta que as meninas cá venham (...)” [S3, O3, L18] *Sons de satisfação; Gosta da presença das meninas*

D. Leonor refere que o marido (...) apresenta desde essa altura uma grande labilidade emocional: “ele não fala, recusa-se a falar, só diz que não, para ele é tudo não, e chora.” [S2, O2, L64] *Recusa falar*

“está sempre pronto para comer, por vontade dele (marido) estava sempre a comer.” [S1, O3, L84] *Está sempre pronto para comer*

“Sabe-lhe tão bem (o banho) que no fim dorme sempre um bocado, às vezes até ao almoço!” [S3, O2, L21] *Sabe-lhe bem o banho; Dorme após o banho*

Sr. Manuel (...) na cozinha entorna, de um garrafão, um pouco de água para dentro de um copo e coloca-o no microondas dizendo: “amorno a água porque ela nunca bebia água fria... dizia que não gostava!” [S4, O2, L78] *Gosta de beber água morna*

“a televisão fica ligada, não a desligo porque ela gosta de ouvir o som da televisão...” [S3, O3, L52] *Gosta de ouvir televisão*

= CODIFICAÇÃO ABERTA: Conceptualização =

“estive a deitá-la (esposa) para ela dormir a sesta, porque precisa de descansar a cabeça.” [S4, O3, L10] *Sesta para descanso da cabeça*

D. Isabel refere que: “por ele (marido) ser Diabético tenho que ter algum cuidados nos alimentos que lhe dou... não lhe posso dar muita batata, não pode comer pão ao almoço, não pode comer as frutas mais doces”. [S1, O3, L29] *Cuidados na alimentação devido à Diabetes*

D. Isabel enquanto lhe coloca creme hidratante nos membros inferiores refere “é necessário movimentar-lhe as pernas para que não fique com os músculos atrofiados.” [S1, O1, L 80] *Movimenta os músculos para não ficarem atrofiados*

Sr. Manuel enquanto observa o interior da fralda de forma a avaliar a necessidade de a trocar refere “como pode ver ponho-lhe sempre creme nestas zonas mais sensíveis para evitar que a pele fique assada por causa da urina e das fezes.” [S4, O3, L99] *Coloca creme para evitar feridas*

“... se eu lhe der comida com a colher cheia e diretamente para dentro da boca ela engasga-se.” [S4, O2, L94] *Engasga-se com a colher cheia de comida*

(...)

ANEXO IX – Nota de Codificação e Nota Teórica

= CODIFICAÇÃO ABERTA e AXIAL: Categorias, Propriedades e Dimensões =

Os conceitos,

- “Bondade/Compaixão”;
- “Satisfação”;
- “Sacrifício/Esforço”;
- “Reconhecimento”;
- “Desculpar o outro”,
- “Silêncio interior”,
- “Satisfação em dar”,
- “Preocupação”

retratam a forma como o Cuidador Informal expressa/comunica o que sente na relação de cuidado à pessoa idosa dependente, caracterizando o si-mesmo do cuidador. Podemos assim agrupar estes conceitos que dão sentido/significado a um conjunto de códigos *in vivo* no conceito mais abstrato “o si-mesmo do cuidador”.

No entanto, tenho dúvida se estes conceitos não deverão ser agrupados por sentimentos, valores e crenças. Para esclarecer a dúvida torna-se pertinente ir consultar a definição de cada um destes conceitos para ter a certeza se retratam o significado atribuído pelos cuidador informal. →

Nota Teórica

Para além dos códigos que caracterizam o si-mesmo do cuidador informal existe um grupo de conceitos que caracterizam a forma como o cuidador vê “o outro – pessoa idosa dependente”:

- “Quando está agitado passa a mão na cara, não pára com os maxilares e fica verborreico”,
- “Agitação psicomotora quando não sente a filha em casa durante muito tempo”,
- “Verduras e fruta estimulam o trânsito intestinal”,
- “Dorme bem”,
- “Evacua dia sim, dia não”,
- “Dorme a sesta depois do almoço”
- (...)

Considero que estes conceitos retratam de uma forma muito específica o modo como a pessoa idosa dependente desenvolve as atividades de vida, sendo que os conceitos:

- “Colocação do lenço para não arrefecer”,
- “Aquecimento da casa para cuidados de higiene”,
- “Cama articulada por existência de fratura do fémur”,
- “Alimentos triturados para não se engasgar”,
- “Movimenta os músculos para não ficarem atrofiados”,
- “Coloca creme para evitar feridas”,

= CODIFICAÇÃO ABERTA e AXIAL: Categorias, Propriedades e Dimensões =

embora os considere que também caracterizam o outro – pessoa idosa dependente, não acho que possam ser agrupados com o grupo anterior. Será que em vez do modo retratam necessidades? Face à dúvida, os conceitos de modo e necessidade no desenvolvimento das AV's devem ser explorados teoricamente. → Nota Teórica

Tentando agrupar o que o cuidador informal sente em relação a si-próprio e ao outro – pessoa idosa dependente, acho que podemos definir o conceito “perceção do cuidador informal”, pois de acordo com a minha experiência este conceito diz respeito à interpretação que damos acerca de algo. No entanto deve ser confirmado teoricamente. → Nota Teórica

Como conclusão, defini como categoria:

- “A perceção do cuidador informal”

Propriedades (caracterizam particularmente o que é que o cuidador informal eticamente vulnerável percebe na relação de cuidado):

- (1) “perceção do si-mesmo”
- (2) “perceção do outro – pessoa idosa dependente”

Dimensões (caracterizam particularmente como é que o cuidador informal percebe o si-mesmo e o outro - pessoa idosa dependente):

- (1.1) “Bondade/Compaixão”;
 - (1.2) “Satisfação”;
 - (1.3) “Sacrifício/Esforço”;
 - (1.4) “Reconhecimento”;
 - (1.5) “Desculpar o outro”,
 - (1.6) “Silêncio interior”,
 - (1.7) “Satisfação em dar”,
 - (1.8) “Preocupação”
- } ou “sentimentos”, “valores” e “crenças”, depois do enquadramento teórico
- (2.1) “Quando está agitado passa a mão na cara, não pára com os maxilares e fica verborreico”,
 - (2.2) “Agitação psicomotora quando não sente a filha em casa durante muito tempo”,
 - (2.3) “Verduras e fruta estimulam o trânsito intestinal”,
 - (2.4) “Dorme bem”,
 - (2.5) “Evacua dia sim, dia não”,
 - (2.6) “Dorme a sesta depois do almoço” (...)

= O PAPEL PRIMORDIAL DA PERCEPÇÃO NA COMUNICAÇÃO =

Jacques Salomé e Christian Potier (2000, citados em Phaneuf, 2005, p.22)² descrevem a comunicação como sendo a tentativa de criar «um laço de reciprocidade (partilha equivalente entre duas pessoas) entre duas pessoas». Para Colette Portelance (1994, citada em Phaneuf, 2005, p. 22) «comunicar é estar em relação com o outro, mantendo-se em relação consigo próprio».

A comunicação é um processo de criação e recriação de informação, de troca e de partilha. Neste processo, cada interlocutor está mergulhado num universo perceptual que lhe é próprio, interpretando o mundo com a sua própria visão e, por selecção e reagrupamento, modula, dá sentido, cria de alguma forma a informação à medida que a transmite. (pp. 22 e 23)

O emissor cria a sua mensagem apelando aos seus pensamentos, às suas atitudes, aos seus valores, e usando o contributo da sua memória e das suas experiências passadas para colorir a mensagem antes de a transmitir ao seu interlocutor. Também enquanto receptor, não recebe a mensagem na sua forma integral: transforma-a, recria-a através dos filtros pessoais da sua percepção selectiva, da sua educação, dos seus próprios valores e preconceitos. Daí toda a magia e a dificuldade da comunicação. Deste processo criador, em contínua acção e sempre diferente para cada uma das pessoas em presença, nasce a dificuldade da compreensão mútua (p.23).

A comunicação é um processo de abertura, de acesso ao outro e de compreensão recíproca (p. 23). Neste sentido, num processo de comunicação efectivo existe interacção entre as pessoas, ou seja, uma adaptação contínua aos estímulos lançados pelo outro (Roger Moyson, 1996, p. 102, citado em Phaneuf, 2005, p. 27). É portanto essencial uma presença e uma atenção que permite mostrar a escuta e manifestar interesse num mecanismo de retroacção da mensagem, ou seja, relançar a mensagem de uma para outra pessoa (p. 27).

Não se pode falar de comunicação sem abordar a percepção, fenómeno complexo e profundo directamente implicado no processo das relações humanas. É através da percepção que construímos a imagem do que diz a pessoa que está à nossa frente, do que ela representa e do contexto relacional no qual nos encontramos como interlocutores. É da percepção que emergem as nossas avaliações positivas ou negativas das pessoas e das coisas (p.94).

No seu significado geral, este processo supõe uma tomada de consciência pelos sentidos (Thora Kron, 1967, p. 207, citado em Phaneuf, 2005, p. 94). A percepção é o fruto de uma actividade que depende do indivíduo e do objecto ou da pessoa percebida, das suas relações num determinado ambiente que dá um sentido ao seu encontro (B. Monhardt, P. Papillon e J. F. Thirion, 1996, p.69, citados em Phaneuf, 2005, p.94).

² PHANEUF, M. (2005). "Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação". Loures: Lusociência.

= O PAPEL PRIMORDIAL DA PERCEPÇÃO NA COMUNICAÇÃO =

O ser humano está programado para perceber, quer dizer para receber, organizar e interpretar os estímulos que o atingem. Pela sua hereditariedade, pelas suas experiências, pela sua cultura, pelas suas aprendizagens e pelo desenvolvimento das suas capacidades, a pessoa filtra, selecciona e deforma as informações percebidas. Assim, a percepção é selectiva e subjectiva, e é isto que a torna falível. Pela sua função organizadora das nossas sensações externas e internas, determina a nossa qualidade de auto-consciência e define a nossa maneira de ver o mundo (p. 94).

- Percepção ≠ Sentimento

Há facilmente confusão entre percepção e sentimento porque estes dois fenómenos, intimamente ligados, interagem constantemente nas nossas vidas, e o termo sentimento toma por vezes uma extensão que se presta a confusões. Para tornar as coisas claras, digamos que o sentimento é um estado emocional complexo e durável que se «instala em nós fora de qualquer intervenção voluntária da nossa parte» (B. Monhardt, P. Papillon e J. F. Thirion, 1996, p.69, citados em Phaneuf, 2005, p.94), enquanto a percepção é antes um fenómeno de tomada de consciência pelos sentidos.

- As etapas do processo de percepção

A percepção é um processo que se desenvolve em sequências progressivas em função de 3 fases distintas intimamente ligadas:

- ✓ A recepção dos estímulos sensoriais que activam os receptores nervosos que os captam;
- ✓ A organização destes estímulos ou a sua conversão em mensagens electroquímicas por polarização da membrana dos neurónios;
- ✓ A codificação que, pela avaliação, a interpretação e a selecção, torna estas mensagens acessíveis à camada cortical do cérebro. (p. 95)

Estimulação sensorial → Conversão → Interpretação → Organização e codificação numa forma aceitável

- Os factores que influenciam a percepção

Vários factores influem sobre as nossas percepções e vêm modificá-las, ampliá-las ou bloqueá-las. Levando-nos a concentrar a nossa atenção sobre certos elementos da realidade, têm repercussões importantes sobre as nossas decisões e os nossos comportamentos:

- ✓ Factores internos: físicos e psicológicos (p.96)
- ✓ Factores externos (p.99)

= O PAPEL PRIMORDIAL DA PERCEPÇÃO NA COMUNICAÇÃO =

- A percepção dos outros, bases das nossas relações

Quando se trata da comunicação e do estabelecimento de uma relação a nossa percepção dos outros torna-se primordial. O nível de importância que atribuímos aos outros condiciona os nossos comportamentos em relação a eles. Esta importância pode provir do estatuto social ou económico da pessoa, mas é frequentemente o seu valor moral que nos impressiona.

«o outro é importante aos nossos olhos quando conta para nós e nós mostramos-lhe isso atribuindo-lhe a nossa atenção», e tendo em conta os seus actos e palavras (Virginie Cornet e Philippe Auriol, 1995, p. 39, citados em Phaneuf, 2005, p. 100).

A nossa percepção do outro determina também o grau de confiança que lhe atribuímos, a competência percebida no outro suscita em nós expectativas que nos leva a contar com ele, e as necessidades percebidas do outro suscita em nós atitudes e comportamentos de ajuda (p.100). Para além disto, também «as nossas percepções são determinadas pela nossa própria maneira de nos apreciarmos a nós próprios» (Virginie Cornet e Philippe Auriol, 1995, p. 41, citados em Phaneuf, 2005, p. 101), ou seja, as pessoas que achamos amáveis são aquelas em presença das quais apreciamos a nossa própria maneira de ser, o que nos leva de volta à auto-imagem e à auto-estima (p.101).

A nossa percepção dos outros é influenciada por algumas das nossas tendências e dos nossos hábitos perceptuais, que se pode revelar determinantes na nossa avaliação do outro e para a qualidade da nossa relação:

- A subjectividade das nossas percepções

O que se passa ao nível da recepção dos estímulos e da sua organização faz com que as nossas apreciações do real dependam essencialmente de nós próprios, quer dizer da nossa personalidade, da nossa vivência, da nossa cultura, ou mesmo do nosso humor no momento. A percepção é submetida a múltiplas distorções próprias da pessoa que percebe. (p. 102)

- O processo de construção da percepção do mundo pelo sujeito (Fachada, 2001)³

A percepção do mundo é algo que se vai construindo através do processo de comunicação, tratando-se de um fenómeno interno (p. 92).

A percepção desenvolve-se em função do contexto sociocultural em que se vive. É através dos sentidos que captamos a realidade envolvente. Nós estamos constantemente a receber sensações do mais variado tipo. Perante esta multiplicidade de estímulos, provenientes do mundo empírico, o ser humano não é um receptor passivo. Pelo contrário, o ser humano selecciona e

³ FACHADA, M.^a ODETE (2001). "Psicologia das relações interpessoais". Amadora: Grafirumo.

= O PAPEL PRIMORDIAL DA PERCEPÇÃO NA COMUNICAÇÃO =

discrimina os estímulos de tal modo que os mesmos estímulos poderão ser interpretados de diferentes modos, por diferentes sujeitos. Diferentes sujeitos, perante os mesmos objectos, desenvolvem interpretações diferentes (p. 92).

É através da comunicação que se processa a estruturação da realidade. O comportamento de cada um, torna-se em função da imagem que adquire do mundo, em função da experiência, das pessoas e das situações percebidas, em suma, em função da percepção que faz da realidade. Cada indivíduo organiza os diferentes estímulos sensoriais e integra-os num quadro coerente e significativo, que constitui o seu próprio mundo.

Dado o carácter activo e interventivo do sujeito no processo de percepção, é possível afirmar-se que o sujeito cria o que vê. Aquilo que vemos é aquilo que é, de facto, real para nós. (p. 92)

Comunicar pode ser considerado uma anunciação pública das nossas percepções íntimas. As percepções tornam-se comunicáveis (p. 94). O homem à medida que vai crescendo, vai percebendo a realidade que o cerca. Trata-se de uma realidade empírica que é captada através dos sentidos.

A percepção da realidade, sendo ela própria um processo de construção individual, é também orientada em função da experiência dos outros e adquirida através da comunicação e da aprendizagem (p.99).

Toda a informação recebida desenvolve, no sujeito, um mundo interior traduzido em sensações, sentimentos e ideias. Este mundo transforma-se e constitui um mundo simbólico. A linguagem, no seu sentido mais geral, pode ser considerada como um conjunto de sinais (signos e símbolos) através dos quais nós podemos comunicar uns com os outros (p.99).

Porém, o que cada homem comunica aos outros não é a experiência em si, tal como foi vivida, mas a representação dessa experiência (p.99).

A percepção da realidade adquire, desde o início, um significado particular para cada sujeito, em função da sua experiência anterior, sentimentos, emoções, ideias, preconceitos, etc. o homem, através da percepção constrói o seu mundo representativo e simbólico (p.100).

ANEXO X – Nota de Codificação Axial

= RECONTEXTUALIZAÇÃO DA CATEGORIA “A PRESENÇA DO CUIDADOR INFORMAL NA RELAÇÃO DE CUIDADO” =

Categorias	Sub-categorias	Propriedades	Dimensões	Unidades de Análise
A Presença do Cuidador Informal na Relação de Cuidado	A Comunicação Intrapessoal	A1 Percepção de Si-mesmo	A 1.1 Sentimentos Percebidos	42
			A 1.2 Valores Humanos Percebidos	
			A 1.3 Crenças Percebidas	
		A2 Percepção do Outro – pessoa idosa dependente	A 2.1 Modo percebido do desempenho nas AV's	36
			A 2.2 Necessidades percebidas no desenvolvimento das AV's	
	B Comunicação Interpessoal	B1 Expressão verbal	B 1.1 Finalidade	27
			B 1.2 Modo	
			B 1.3 Tema	
		B2 Expressão não-verbal	B 2.1 O Corpo	72
			B 2.2 Objectos associados ao corpo	
			B 2.3 Espaço como produto da ação do cuidador informal	

A categoria “A Presença do cuidador informal na Relação de Cuidado” é a expressão máxima da identidade do cuidador informal enquanto ser vulnerável; é o modo como o cuidador informal exterioriza a sua vulnerabilidade ética. Osterwan e Schawartz-Barcott (1997, p.319), definem presença “... como uma oferta de si-mesmo, igualada à utilização de si próprio e que é transmitida através de um comportamento franco e doador...”. Deste modo, num contexto de expressividade humana, o cuidador informal vivencia a sua relação de cuidado com a pessoa idosa dependente e a sua presença, o seu estar nesta vivência, expressa a sua vulnerabilidade pois reflete o modo de ser do cuidador informal resultante da afeição pelo outro-pessoa idosa dependente.

A condição humana de vulnerabilidade retratada no modo como o mesmo está presente na relação de cuidado à pessoa idosa dependente, implica a existência de comunicação enquanto função social e, assim, como uma ferramenta essencial para a expressão do cuidador informal como ser vulnerável.

Todo o processo de manutenção do cuidador informal enquanto ser vulnerável é sustentado pela capacidade do mesmo em/para comunicar. Comunicar implica interacção e só existindo interacção é possível que o modo de ser do cuidador informal seja afetado pelo outro-pessoa idosa dependente e, assim, seja vulnerável, condição essencial na relação de cuidado.

Perante isto, o cuidador informal ao desenvolver um processo de comunicação efetivo, a comunicação torna-se um interface com o mundo potenciando e evidenciando a co-existência e a abertura que o caracterizam (cf. Mitchell, 2004). Na sua existência (existência do seu ser) a presença do cuidador informal expressa a sua vulnerabilidade ética na relação de cuidado com a pessoa idosa dependente através de processos de comunicação baseados num sistema de interações entre os domínios intra e interpessoal. Numa complementaridade entre os dois domínios, a mensagem a partir da qual a presença do cuidador informal expressa a sua vulnerabilidade é produzida em organizações internas do eu através da comunicação intrapessoal e é exteriorizada e transmitida ao outro através da comunicação interpessoal.

A sub-categoria **“Comunicação Intrapessoal” (Código A)** especifica o processo de comunicação intrapessoal através do qual o cuidador informal expressa a sua vulnerabilidade ética. Neste domínio, a mensagem a partir da qual o cuidador informal expressa a sua vulnerabilidade é produzida em organizações internas do eu (Camargo, 2001). Ao comunicar num domínio intrapessoal o cuidador informal estabelece comunicação com si-mesmo, fala de si para si, aproximando-o da sua essência e, consciente das suas acções, reflecte no que está a fazer, pensar e sentir (Passadori, 2009). Deepack Chopra (sd, citado em Passadori, 2009) reforça ainda que este auto-conhecimento é o fundamento do poder pessoal sinalizando o «tom» colorido da nossa essência e conduzindo a um alto grau de consciência da nossa presença no mundo e do que está e não está sob o nosso poder de controlo e mudança.

Neste sentido, tendo por base a comunicação intrapessoal, o cuidador informal toma consciência da sua existência no mundo, do seu modo de ser humano que, ao revelar um sentido para a ação/reacção, ou seja, um sentido para cuidar da pessoa idosa dependente, expressa a sua vulnerabilidade ética através das **propriedades “Percepção de si-mesmo” (Código A 1)** e **“Percepção do outro – pessoa idosa dependente” (Código A 2)**. (cf. Diagrama 1, pág. 3)

Phaneuf (2005) defende que o ser humano está programado para receber, organizar e interpretar os estímulos que o atingem, sendo a percepção um fenómeno de tomada de consciência pelos sentidos construído através da comunicação intrapessoal, tratando-se de um fenómeno interno. Pela sua função organizadora das sensações externas e internas, a percepção determina a qualidade da autoconsciência do cuidador informal e define a sua maneira de ver o mundo (Phaneuf, 2005). É da percepção que emerge a forma positiva ou negativa que o cuidador informal avalia as pessoas, os objetos

ou as suas relações num determinado ambiente e que dão sentido ao seu encontro (Monhardt, Papillon e Thirion, 1996, citados em Phaneuf, 2005).

Assim, perante uma multiplicidade de estímulos provenientes da relação intersubjetiva com o outro, o cuidador informal desenvolve um mundo interior que põe a claro a sua sensibilidade como abertura, ou seja, um mundo representativo e simbólico da sua tomada de consciência da afeção que sofre ao refletir-se no outro, como sendo eu e outro no si-mesmo – percepção de si-mesmo (cf. Ricoeur, 1990).

O cuidador informal retrata a percepção de si-mesmo, ao integrar o mundo que o rodeia ao seu próprio estilo através dos **“Sentimentos percebidos” (Código A 1.1)** (Viscott, 1982), ao dar significado ao cuidado a partir dos **“Valores humanos percebidos” (Código A 1.2)** (Seymor & O'Connor, 1996), e ao direccionar as acções pelas **“Crenças percebidas” (Código A 1.3)** (Seymor & O'Connor, 1996). (cf. Diagrama 1, pág. 3)

Os sentimentos são a nossa reacção ao que percebemos e definem a nossa percepção do mundo (Viscott, 1982). Os valores humanos são os princípios que fundamentam e dignificam a nossa conduta (Martinelli, 1999). As crenças são os princípios que orientam as nossas acções (Seymor & O'Connor, 1996). Estas dimensões refletem a natureza e a condição humana da vulnerabilidade do cuidador informal, na medida em que lhe conferem uma capacidade para acolher o outro a partir de um auto-conhecimento específico e uma tomada de consciência da afeção que sofre pela pessoa idosa dependente – na exata medida em que ele é aquilo que o outro faz de si (cf. Beckert, 2006).

Para além de caracterizarem especificamente a forma subjetiva como o cuidador informal está presente enquanto ser vulnerável, estas dimensões também retratam a intencionalidade da sua condição humana, uma vez que ao revelarem um sentido para a ação suportam a liberdade pela escolha da direcção e das formas de atuar no cuidado à pessoa idosa dependente (cf. Mitchell, 2004).

De acordo com Phaneuf (2005, p. 100) a percepção de si-mesmo determina a percepção do outro, sendo esta última primordial no estabelecimento de uma relação intersubjectiva: «o outro é importante aos nossos olhos quando conta para nós e nós mostramos-lhe isso atribuindo-lhe a nossa atenção». Assim, o cuidador informal retrata a sua percepção do outro – pessoa idosa dependente através do auto-conhecimento das **“Necessidades percebidas no desenvolvimento das AV's” (Código A 2.1)** e do **“Modo percebido como desenvolve as AV's” (Código A 2.2)**. (cf. Diagrama 1)

Estas dimensões complementam a forma como o cuidador informal, através da comunicação intrapessoal e por meio da percepção, expressa a atenção dada à pessoa

idosa dependente, isto é, expressa a sua vulnerabilidade ética.

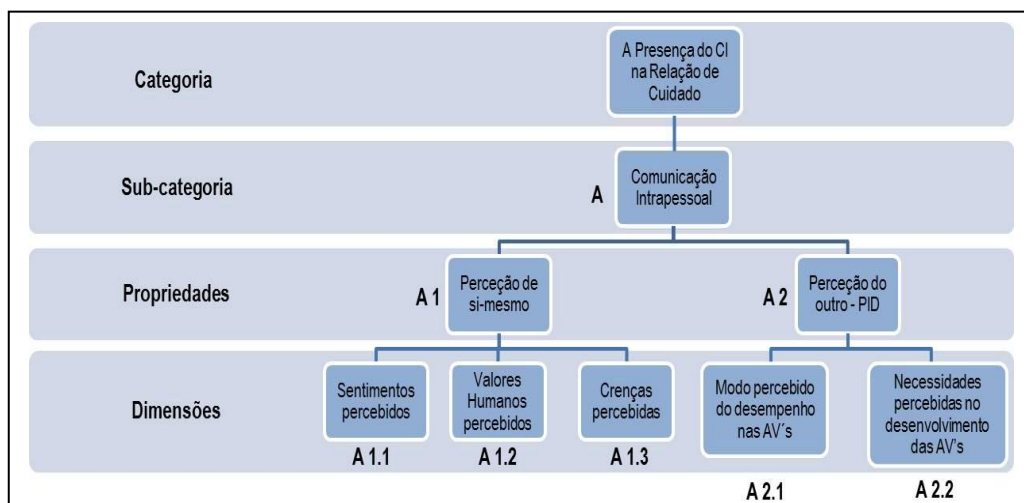


Diagrama n.º 2 – Atributos que definem como, através da “Comunicação Intrapessoal”, o Cuidador Informal expressa o Padrão de Manutenção da Vulnerabilidade Ética

MICROANÁLISE: SUB-CATEGORIA A			
	Unidades de Análise	Dimensões	Obs.
PROPRIEDADE A 1	D. Rita refere “eu também saio à minha mãe... gosto de ajudar naquilo que posso, gosto de fazer bem pelos outros.” [S3, O3, L15]	A 1.2	
	D. Rita refere “ando na fisioterapia porque ando com dores no ombro esquerdo de lidar com ela (mãe), mesmo assim sinto-me bem, não sou pessoa de me queixar.” [S3, O2, L2]	A 1.1	
	D. Rita refere “penso que também tenho que fazer um sacrifício para a ajudar.” [S3, O1, L30]	A 1.2	
	D. Isabel refere “...eu acho que ele merece, merece ter, quando for vai consoladinho.” [S1, O1, L35]	A 1.2	
	D. Rita refere “... quando chegam a velhinhos a gente tem que desculpar e não fazer caso.” [S3, O2, L31]	A 1.2	
	D. Isabel refere “... não quero preocupar as outras pessoas (...) se eu me levanto duas, três, quatro, cinco vezes durante a noite eu não estou aqui a dizer no outro dia ah esta noite andei a fazer isto, andei a fazer aquilo. Não vale a pena, (...) as coisas que eu faço, faço com gosto e não tenho que andar a preocupar as outras pessoas.” [S1, O2, L40]	A 1.2	
	D. Leonor refere “sinto-me bem a dar-lhe tudo de bom...” [S2, O1, L44]	A 1.1	
	D. Rita refere “... vou ao café, vou a uma festinha qualquer, brinco, falo, danço mas a cabeça está aqui em casa.” [S3, O3, L31]	A 1.1	
	Sr. Afonso refere “gosto de estar a cuidar dela aqui em casa (...)” [S5, E1, L20]	A 1.1	
	“Somos muito unidos (...) eu estou sempre aqui e se eu precisar telefone ao meu filho, se não tiver ele está a minha nora.” [S9, E5, L15]	A 1.1	
	“ (...) tivemos juntos sempre toda a vida, nunca tivemos problema nenhum e digo sempre que irei gostar da minha esposa sempre da mesma forma.” [S7, E3, L31]	A 1.1	
	“Sinto-me orgulhosa... penso que se ele (marido) tivesse noutra sítio se calhar não tinha melhorado o que melhorou.” [S6, E2, L17]	A 1.1	
	“Sinto-me tranquila e em paz pois tenho consciência que o que faço é o melhor que sei e consigo.” [S10, E6, L10]	A 1.1	
	“Às vezes dá-me para chorar, penso que é do sistema nervoso... não é por mim, é porque fico triste ao vê-lo assim sem conseguir fazer nada ... aquilo que ele (pai) era e aquilo que ele é... um homem que nunca parava.” [S8, E4, L30] (...)	A 1.1	

PROPRIEDADE A 1	(...)		
	“(...) às vezes há pessoas que tratam dos idosos mas fogem com muita coisa para o dinheiro poder chegar; eu não, é dela, é dela, eu tenho é que lhe dar, não é afastar dela para dar aos netos ou para ser para mim.” [S10, E6, L48]	A 1.2	
	“Nunca me queixava muito às pessoas das noites que ela me dava... nem ao filho eu dizia o que andava a passar com ela, não o queria preocupar. Com as coisas que a gente faz com gosto não tem que andar a preocupar as outras pessoas.” [S7, E3, L 87]	A 1.2	
	“Sinto-me bem a dar-lhe tudo de bom.” [S8, E4, L 100]	A 1.1	
	“Mesmo sendo onze horas, meia-noite que veja que ela está um bocadinho suja eu não sou capaz de lhe deixar o rabinho sujo, não... tenho que lhe pôr a fraldinha limpa.” [S5, E1, L 105]	A 1.2	
	“Gosto muito dela (esposa), pronto apesar de estar assim gosto dela.” [S7, E3, L5]	A 1.1	
	“Aqui em casa conseguimos proporcionar-lhe melhor bem-estar do que se fosse para uma instituição, é essa a minha forma de ver. A gente conhece mais aquilo que ela necessita, aquilo que ela gosta... o que é que já gostava antes.” [S7, E3, L 17]	A 1.3	
	“Penso muitas vezes... andámos tantos anos a trabalhar para depois termos uma velhice engraçada os dois juntos... e as coisas correram mal, pronto isso lembro-me muitas vezes, mas também por outro lado conformo-me, sempre fui uma pessoa que me adaptei facilmente às circunstâncias...” [S6, E2, L 74]	A 1.1	
	A gente tem que se adaptar às circunstâncias... [S5, E1, L100]	A 1.2	
	“Sinto que devo fazê-lo, porque (...) se as coisas tivessem sido ao contrário estou convencido que ela estaria a fazer o mesmo [S7, E3, L 118]	A 1.2	
	“Tenho conseguido vencer parte dos obstáculos e sinto algum orgulho nisso, embora preferisse que não tivesse acontecido.” [S9, E5, L 114]	A 1.1	
	“No Verão às vezes vamos passar uns dias à Nazaré a casa da outra filha e quando isso acontece ou vão os dois ou não vai nenhum...” [S9, E5, L 132]	A 1.2	
	“ (...) se ela (esposa) está com tendência a ferir-se a gente tem que pôr a pomada, se ela está mal instalada a gente tem que a consertar... quer dizer, é uma preocupação constante.” [S5, E1, L 178]	A 1.1	

	Unidades de Análise	Dimensões	Obs.
PROPRIEDADE A 2	D. Rita justifica a presença do lenço na cabeça dizendo que no dia do banho total lavam a cabeça e depois colocam o lenço para a mãe não arrefecer. [S3, O1, L23]	A 2.1	
	D. Rita refere que tem o cuidado de ligar o ar condicionado para que quando cheguem as senhoras do apoio para fazer a higiene à mãe a casa esteja quente. [S3, O1, L26]	A 2.1	
	D. Isabel refere que a partir do momento da fractura do colo do fémur, houve a necessidade do marido ficar a dormir em cama articulada (...) [S1, O1, L35]	A 2.1	
	Sr. Manuel refere que (...) os alimentos têm que ser triturados ... [S4, O1, L42]	A 2.1	
	D. Isabel refere que o marido (...) quando tem períodos de agitação psicomotora passa a mão na cara repetidamente, não pára com os maxilares e fica verborreico. [S1, O2, L43]	A 2.2	
	D. Rita refere que a mãe (...) só tem períodos de agitação psicomotora (...) quando não sente a filha em casa durante muito tempo. [S3, O2, L45]	A 2.2	
	D. Leonor refere que (...) quando o marido fica mais tempo sem evacuar a ingestão de verduras ou fruta resolve o problema, não sendo necessário recorrer a laxantes. [S2, O1, L46]	A 2.1	
	D. Rita refere que (...) a mãe come sempre o que eles comem, só que triturado. [S3, O2, L74]	A 2.2	
	D. Isabel refere que o marido encontra-se totalmente dependente nas AV's (...) desde Janeiro de 2001 devido a uma fractura do colo do fémur (...) e está algaliado desde essa data. [S1, O2, L28]	A 2.2	
	D. Rita refere que de hora a hora vai ao pé da mãe para ver como é que ela está e dá-lhe uma seringa de água, pois sabe que ela tem que beber 1,5lt por dia ... [S3, O2, L79]	A 2.1	
	Sr. Manuel refere que a esposa tem apetite, deglute sem alterações, (...) e come sempre a quantidade de comida que lhe dão. [S4, O2, L30]	A 2.2	
	D. Leonor refere que o marido dorme bem (...) [S2, O2, L43]	A 2.2	
	D. Isabel refere que o marido não tem dificuldade em evacuar... [S1, O3, L46] (...)	A 2.2	

PROPRIEDADE A 2	(...)		
	D. Rita refere que a mãe “depois de almoçar, fica com o estômago reconfortado e geralmente dorme uma sesta até as senhoras do apoio virem às 15h00.” [S3, O3, L85]	A 2.2	
	D. Rita refere “ela tem que comer várias vezes ao dia.” [S3, O1, L69]	A 2.1	
	D. Rita refere “se eu tiver a conversar coisas de agora, uma coisa qualquer, ela não reage, mas se eu lhe falar coisas antigas, tudo o que era antigamente ela diz ah!, toma conta daquilo que eu lhe estou a dizer.” [S3, O2, L32]	A 2.2	
	Sr. Manuel refere “... se eu lhe der comida com a colher cheia e directamente para dentro da boca ela engasga-se.” [S4, O2, L94]	A 2.2	
	D. Leonor refere “ (...) ele cai-me depois de dar uns passos, perde as forças nas pernas, depois acontece como há um tempo que foi caindo, escorregando, eu não fui capaz do agarrar ...” [S2, O3, L41]	A 2.2	
	D. Isabel enquanto lhe coloca creme hidratante nos membros inferiores refere “é necessário movimentar-lhe as pernas para que não fique com os músculos atrofiados.” [S1, O1, L 80]	A 2.1	
	Sr. Manuel enquanto observa o interior da fralda de forma a avaliar a necessidade de a trocar refere “como pode ver ponho-lhe sempre creme nestas zonas mais sensíveis para evitar que a pele fique assada por causa da urina e das fezes.” [S4, O3, L99]	A 2.1	
	(...)		

